CHIRURGIA GINECOLOGICA

VOLUMELE I ŞI II

OPERAŢII GINECOLOGICE CONSERVATOARE

Date de anatomie a etajului inferior al peretelui abdominal anterior al a organelor genitale feminine interne 15
Peretele abdominal antero-lateral 15
Căile de acces In chirurgia ginecologică. Celiotomia 20
Celiotomia pe cale abdominală .. 20
Celiotomia prin incizie mediană 20
Indicaţii
Locul inciziei
Pregătirea bolnavei
Alegerea momentului operaţiei
Poziţia bolnavei
Poziţia chirurgului ...
Luminarea cîmpului operator
Instrumentar
Asepsia abdomenului şi aşezarea cîmpurilor sterile
Tehnica laparotomiei mediane 22
Pregătirea cîmpului operator
}nchiderea abdomenului
Laparotomia iterativă 34
îngrijiri postoperatorii
Celiotomia prin incizie transversală suprapubiană 36
Incizia Rapin-Kustner
Incizia Bordenneuer-Bastien
Incizia Pfannenstiel
Indicaţii
Contraindicaţii
Avantaje
Dezavantaje
Pregătirea bolnavei şi a tegumentelor abdominale
Poziţia bolnavei
Poziţia chirurgului
Alegerea locului inciziei
Tehnica laparotomiei Pfannenstiel
îngrijiri postoperatorii
Complicaţii postoperatorii parietale
Celiotomia pe cale vaginală (colpoceliotomia) 47
Definiţie — clasificare
Indicaţii
Avantaje
Dezavantaje
Condiţii de efectuare
Pregătire preoperatorie
Poziţia bolnavei
Poziţia chirurgului
Luminarea cîmpului operator
Pregătirea cîmpului operator
Calea vaginală anterioară (colpoceliotomia anterioară) 48
Calea vaginală posterioară (colpoceliotomia posterioară) 48
Colpotomia posterioară 53
Incizia complementară Schuchardt
Operaţii conservatoare pe ovar şl pe inervaţia simpatică 59
Păstrarea ovarelor în anumite operaţii de exereză
Principii şi eficienţă
Indicaţii
Contraindicaţii
Condiţii de efectuare
Principii şi tehnică
Păstrarea unui ovar sau măcar a unei porţiuni de ovar în anumite stări patologice benigne ale acestor organe 61
Chirurgia în tumorile benigne ale ovarului
Principii şi eficienţă
Ovarectomia unilaterală 61
Indicaţii
Contraindicaţii-
Condiţii de efectuare

Pregătirea preoperatorie
Anestezia.
Tehnica şi tactica.
Tumori dure .,
Tumori chistice mici şi mijlocii
Tumori chistice
Evoluţie postoperatorie

Chirurgia în infiamaţiile anexiale
Infiamaţiile anexiale cronice |..
Ovarectomia unilaterală ..
Ovarectomia bilaterală
Anexectomia unilaterală
Indicaţii
Tehnică

Păstrarea ovarului sau a unei porţiuni din el pentru menţinerea funcţiei gestative

Indicaţii chirurgicale în distrofiile ovariene .
Indicaţii chirurgicale în chisturile funcţionale ale ovarului
Ignipunctura
Enuclearea
Rezecţia parţială a ovarului
Implantarea ovarului în cavitatea uterină
Principii şi eficienţă
Indicaţii 121
Contraindicaţii 121
Condiţii de efectuare 1..... gflM ■ • 121
Tehnica . 11 121
Procedeul Tuffier-Palmer 121
Procedeul Serdukov 121
Procedeul Estes H 121
Procedeul Panis 122
Procedeul Gaillard 122
Variante de tehnică la procedeele de anastomoză 123
Pag.
Rezultate 124
4. Ameliorarea funcţiei ovariene prin operaţii plastice şi neurotrofice 125
Ovaroliza 125
Ovaropexia 126
Chirurgia pe inervaţia simpatică 126
Rezecţia nervului presacrat. Operaţia Cotte 126
Principii şi eficienţă 127
Indicaţii 128
Contraindicaţii 129
Condiţii de efectuare 129
Tehnica 129
Chirurgia trompei 137
Salpingectomia totală unilaterală 137
Principii şi eficienţă 137
Indicaţii 137
Tehnică 138
Salpingectomia totală cu rezecţia cuneiformă a cornului uterin 138
Salpingectomia totală fără rezecţia cuneiformă a cornului uterin 141
Salpingectomia retrogradă 141
Salpingectomia subseroasă 143
Operaţii.conservatoare In sarcina ectopică tu bară 143
Procedeele tehnice obirnuite 144
Conduita tehnică în alte eventualităţi 146
Procedee chirurgicale în sterilizare 146
Tehnici de sterilizare chirurgicală definitivă 148
Ligatura şi secţionarea trompelor în porţiunea istmică 148
Salpingectomia parţială internă 148
Legarea şi secţionarea trompelor după procedeul Săbulescu 148
Legarea şi secţionarea trompelor după procedeul Pomeroy 150
Legarea trompelor după procedeul Madlener 153

Tehnici de sterilizare chirurgicală temporară 153
Celioscopia 153
Definiţie 153
Avantaje * 156
Indicaţii 156
Contraindicaţii 156
Condiţii de efectuare 156
Anestezie 156
Aparatură necesară
Tehnica celioscopică pe cale abdominală 158
Incidente 165
Accidente grave 165
Celioscopia transvaginală 165
Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă 166
Principii şi eficienţă 167
Indicaţii ^7
Contraindicaţii J68
Condiţii de efectuare
Tehnici operatorii VTţ-
Salpingoliza şi codonoliza 177
Reimplantarea trompei în uter
Salpingostomia §S|
Neosalpingostomia terminală 191
Neosalpingostomia termino-laterală 194
Neosalpingostomia laterală ljJ5
Neosalpingostomia medio-ampulară 201
Neosalpingostomia istmică • 207
Salpingostomia lineară Challier -08
Anastomoze tubare 208
îngrijiri peri- şi postoperatorii 210
Rezultate 211
6. Microchirurgia în operaţiile plastice şi restauratoare tubare 213
Principii 213
Instrumentar 213
Indicaţii 213
Anestezie 213
Tehnica operatorie 213
Tehnica anastomozei tubo-tubare istmice 215
Tehnica anastomozei tubo-interstiţiale sau tubo-uterine 215
Tehnica neosalpingostomiei terminale 215
Tehnica anexolizei 218
Chirurgia in patologia benignă a uterului 219
Modalităţi tehnice prin care se realizează chirurgia conservatoare a uterului 220
Clasificarea operaţiilor conservatoare pe uter 221
1. Tehnici chirurgicale care respectă sau restaurează integral funcţiile uterului 222
Histerotomia şi histerorafia *222*
Histerotomia şi histerorafia pe cale abdominală 222
Indicaţii 222
Contraindicaţii 222
Condiţii de efectuare 222
Tehnică : • • • 222
Tehnica histerotomiei cu indicaţii ginecologice 222
Tehnica histerorafiei în perforaţii 223
Tehnica histerotomiei în «mica cezariană» 224
Tehnica histerotomiei în operaţia cezariană 225
Variante de tehnică 230
Incidente şi accidente intraoperatorii 230
Operaţii asociate 231
îngrijiri postoperatorii 231
Rezultate 231
Histerotomia pe cale vaginală 232
Indicaţii - 232
Cervicotomie 232
Cervicoistmotomia procedeul Leibcic 232
Cervicohisterotomia mediană anterioară cu indicaţii ginecologice 232
Tehnica Doyen 233

Tehnica Segond 234
Cervicohisterotomia mediană anterioară cu indicaţii obstetricale 236
Miomectomia 236
Definiţie 236
Indicaţii 236
Avantajele miomectomiei 23*>
Dezavantajele miomectomiei 236
Contraindicaţii
Condiţii de efectuare |1|
Momentul operaţiei
Anestezia
Pregătirea preoperatorie l|l
Tehnica
Miomectomia pe cale abdominală ^
Incizia peretelui abdominal
Incidente şi accidente în timpul miomectomiei 242
Complicaţii postoperatorii
Complicaţii tardive
Variante de tehnică 243
Dificultăţi 243
Miomcctomia şi sarcina 245
Cicatricea după miomectomic şi prognosticul obstetilcal.’ ..,.,.. . 246
Miomectomia pe cale vaginală 246
Evoluţie şi îngrijiri postoperatorii . 248
Rezultate 248
Miometrectomia 248
Definiţie 248
Principii şi eficienţă 248
Indicaţii 249
Contraindicaţii 249
Condiţii de efectuare . 249
Anestezia 249
Pregătire preoperatorie 249
Tehnică 249
Procedeul Cirio 250
Procedeul Tumanoff 250
Procedeul Kelly-Cova-Crossen 251
Procedeul Aburel 253
Cura inversiunii uterine 259
Forme anatomo-clinice 259
Tratamentul 259
Inversiunea uterină acută 259
Inversiunea uterină subacută 259
Inversiunea uterină cronică 260
Cura sinechiilor uterine 262
Definiţie 262
Termeni 262
Clasificare 262
Principii şi eficienţă 262
Indicaţii 262
Anestezie 262
Tehnică §p§
Cura sinechiilor cervico-uterine pe cale vaginală
Cura sinechiilor cavităţii uterine —«* 264
Cura sinechiilor uterine prin operaţii abdominale sau abdomino-vaginale.... 265
Procedeul abdomino-vaginal Musset 265
Procedeul Ashermann 267
* Procedeul Strassmann 267
Procedeul Musset In două echipe |||
Procedeul Mihalkiewicz
Procedeul Matthaie |||
Cura fistulelor uterine |||
Clasificare -7J:
Fistula utero-abdominală |||
Fistula utero-intestinală z!}^
Fistula utero-vezicală |jl

Implantarea ovarului în uter
Chirurgia istmului
Formele clinice I * yiy
Istmopatiile simple
Tratament -7-7
Istmectomia procedeul Vecchietti iLî
Istmografia procedeul Lash —
Istmopatiile complicate 274
Clasificare 274
Tratament * • 275
Conizaţia ţw^
j) Cerclajul colului
Condiţii de efectuare £.5
Indicaţii
Tehnică 275
Tehnica Spitalului clinic « Giuleşti » 275
Tehnica Shirodkar 277
Tehnica Green-Armitage 277
Tehnica Dellepiane 277
Tehnica Palmer 277
Tehnica Hervet 278
Tehnica Wurm 278
Cerclajul colului pe cale abdominală 278
k) Ligaturi vasculare în scop hemostatic 279
Indicaţii 279
Ligatura arterelor uterine 279
Ligatura arterelor hipogastrice 280
/) Chiuretajul cavităţii uterine 280
Clasificare 280
Indicaţii 280
Instrumentar 280
Anestezie 280
Condiţii de efectuare .••••*.•
Tehnica chiuretajului evacuator, abortiv, cu dilatare extemporanee a colului uterin 280 Tehnica chiuretajului uterin abortiv cu dilatare prealabilă a colului uterin cu laminar ie 281
Tehnica chiuretajului uterin în avortul incomplet efectuat 282
Tehnica chiuretajului uterin în hemoragiile din post-partum 282
Tehnica chiuretajului uterin hemostatic, biopsie şi explorator 282
Chiuretajul uterin fracţionat 283
Accidente imediate 283
Sechele tardive 283
ni) Operaţii plastice în malformaţii 283
n) Rezecţia şi amputaţia colului pe cale vaginală 283
2. Operaţii care respectă numai funcţia hormonală şi/sau menstruală 284
Istmectomia în tumorile de istm 284
Miomectomia 285
Istmectomia procedeul Savin-Ţopa 287
Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului în vagin. Procedeul P. Sîrbu 287
Istmectomia Vecchietti-Andreoli 291
Istmectomia în sarcina cervicală r.... 291
Amputaţia colului uterin pe cale abdominală. Procedeul Huguier 293
Indicaţii 293
Avantaje 294
Tehnica 294
Histerectomia parţială fundică sau subfundică 297
Principii şi eficienţă 297
Indicaţii 297
Contraindicaţii 299
Condiţii de efectuare 299
Pregătire preoperatorie 299
Tehnici operatorii 299
Excizia transversală cuneiformă a uterului. Operaţia Beuttner 299
Histerectomia supraistmică cu păstrarea ambelor anexe 301
Variante de tehnică şi tactică 303
Rezultate 306
Histerectomia istmică cu păstrarea anexelor 310

Principii şi eficienţă
Indicaţii 310
Contraindicaţii
Condiţii de efectuare |||
Pregătire postoperatorie §§|
Tehnica histerectomiei subtotale pe cale abdominală procedeul «tip » 313
Pag.
Tratamentul postoperator . 326
Evoluţie şi complicaţii 326
Rezultate 328
Variante de tehnică în histerectomia subtotală 328
Histerectomia subtotală cu păstrarea ovarelor 329
Histerectomia interanexială supraistmică înaltă cu păstrarea de lambou endo- metrial (procedeu Sîrbu) 330
Indicaţii 330
Contraindicaţii 330
Condiţii de efectuare 331
Tehnică 331
Tratamentul postoperator 336
Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor şi transplant pediculat de endo- metru în cavitatea cervicală 338
Indicaţii 338
Contraindicaţii 338
Condiţii de efectuare 338
Tehnici operatorii 339
Procedeul Stanca 339
Procedeul Kaplun 339
Procedeul Mandelstam 340
Procedeul Golubcin 340
Histerectomia subtotală pe cale vaginală 340
Condiţii de efectuare 340
Tehnica 340
Operaţii care respectă numai funcţia hormonală 342
Histerectomia subtotală totalizată 342
Tehnica 342
Histerectomia totală simplă cu păstrarea anexelor 343
Principii şi eficienţă 343
Indicaţii 343
Contraindicaţii 344
Condiţii de efectuare 344
Pregătirea preoperatorie 344
Tehnica operatorie 345
Procedeul obişnuit 345
Histerectomia totală simplă intracapsulară 347
Procedeul Aldrige-Richardson 347
Procedeul Wiart 355
Histerectomia totală simplă cu drenaj vaginal 357
Procedeul Elbaz-Carron 359
Incidente şi accidente 361
Complicaţii postoperatorii 362
Operaţii care suprimă şi funcţia hormonală şi cea menstruală 365
Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală 365
Principii şi eficienţă 365
Indicaţii 365
Contraindicaţii 365
Condiţii de efectuare 365
Pregătirea preoperatorie 366
Tehnici operatorii 366
Procedeul obişnuit 366
Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin secţionare transversală
într-un singur sens 368
Procedeul Kelly 368
Histerectomie subtotală cu anexectomie bilaterală» prin extirparea de la început
a uterului 372
Procedeul Pozzi-Terrier 372
Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară.... 374
Procedeul J. L. Faure 374
Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare posterioară .. 378

Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin hemisecţia uterului 381
5. Histerectomia în practica obstetricală 385
Indicaţii 385
Date de anatomie chirurgicală 385
Tehnică 386
Histerectomia subtotală 386
Histerectomia totală 387
Bibliografie 392
OPERAŢII PLASTICE SI REPARATOARE *Dr. A. PÂNDELE*
Introducere 399
Generalităţi în legătură cu transplantarea ţesuturilor şi organelor în operaţiile ginecologice 401
Transplantarea ţesuturilor 401
Transplantarea cutanată 401
Transplantarea şi substituţia mucoaselor 403
Transplantarea de grăsime 403
Transplantarea aponevrozelor 403
Transplantarea organelor 404
Reguli generale ale chirurgiei intestinale 404
Grefele de ovar şi endometru 415
Auto- şi homografa ovariană 416
Principii şi eficienţă 416
Indicaţii 416
Contraindicaţii |||
Condiţii de efectuare 4*7
Pregătirea preoperatorie
Tehnica grefelor libere ovariene 418
Evoluţie şi complicaţii 1 418
Rezultate ||g
Auto- şi homografa liberă de endometru 420
Tehnica grefelor libere de endometru 421
Operaţii plastice şi reparatoare ale formei tractului genital 422
Date de anatomie şi de organogeneză ale tractului genital feminin 422
Anatomie 422
Organogeneza 432
Diferenţierea ovarului 432
Diferenţierea căilor genitale feminine 433
Operaţii plastice şi reparatoare în anomalii congenitale şi cîştigate ale tractului genital feminin 437
Anomalii morfologice congenitale ale vulvei 437
Anomalii morfologice congenitale ale uretrei 439
Anomalii morfologice congenitale ale vaginului 439
Anomalii morfologice congenitale ale uterului 445
Anomalii morfologice cîştigate ale tractului genital 4^3
Operaţii plastice şi reparatoare ale colului uterin 461
Principii şi eficienţă 461
Indicaţii 462
Contraindicaţii 4^3
Condiţii de efectuare 463
Pregătirea preoperatorie 464
Tehnică operatorie 464
Pot.
Electrocoagularea colului 464
Trahelorafia 465
Stomatoplastia 466
Traheloplastia 469
Amputaţia colului uterin 470
Tratamente şi îngrijiri postoperatorii. Complicaţii 471
Rezultate 474
Neocolpopoieza 474
Principii şi eficienţă 475
Indicaţii 479
Contraindicaţii 481
Condiţii de efectuare 481
Pregătirea preoperatorie 482
Tehnici operatorii 482

Clivajul spaţiului recto-vezical 482
Grefa amniotică 482
Grefele dermo-epidermice 483
Plastia ileală 485
Plastia sigmoidiană 487
Plastia rectală 495
Tratamente şi îngrijiri postoperatorii. Complicaţii 496
Rezultate 497
Colpoperineorafia 497
Bazele morfo-funcţionale 498
Principii şi eficienţă 500
Indicaţii 501
Contraindicaţii ™
Pregătirea preoperatorie 502
Condiţii de efectuare 502
Tehnici operatorii 503
Colporafia anterioară 503
Colpoperineorafia posterioară 508
în rupturile incomplete 508
în rupturile complete 513
Cura elitrocelului 5J3
Incontinenţa de urină |||
Tratamente şi îngrijiri postoperatorii. Complicaţii |||
Rezultate ™
Fistulele genitale
Bazele morfo-funcţionale |||
Principii şi eficienţă |||
Indicaţii -37
Contraindicaţii ™
Condiţii de efectuare
Pregătirea preoperatorie
Tehnici operatorii
Fistulele vezico-vaginale ||||
Fistulele vezico-uterine .
Fistulele 11 retro-vaginale ÎJ^
Fistulele recto-vaginale -
Tratamente şi îngrijiri postoperatorii. Complicaţii ţjl
Rezultate 54
Operaţiile plastice şi reparatoare ale poziţiei organelor genitale 549
Bazele morfo-funcţionale 549
Principii şi eficienţă 553
Indicaţii 554
Contraindicaţii 556
Condiţii de efectuare 556
Pag.
Pregătiri preoperatorii 557
Operaţii pe cale abdominală de suspendare şi orientare a uterului 557
Histeropexiile directe 557
Exohisteropexia 558
Histeropexia corporeală 558
Histeropexia istmică la peretele abdominal 560
Histeropexia istmică posterioară 560
Histeropexiile indirecte 561
Ligamentopexiile 562
Ligamentopexia inghinală 563
Ligamentopexia parietală 564
Ligamentopexia retrouterină 565
Scurtarea intraperitoneală a ligamentelor rotunde 566
Vezicofixaţiile 571
Histeropexiile suspendate 573
Alte procedee 578
Excluderea fundului de sac peritoneal posterior 585
Operaţii pe cale vaginală 591
Triplele operaţii pe cale joasă 592
Operaţia de la Manchester 592
Procedeul Halban 595

Plicatura parametrelor 597
Interpoziţia vezico-vaginală a uterului 599
Colpectomia totală şi subtotală urmată de colpocleizis 603
Colpocleizis-ul subtotal median (Neugebauer-Le Fort) 603
Colpocleizis-ul total (Muller) 605
Colpocleizis-ul subtotal (Labhardt) 605
Histerectomia totală sau subtotală cu sau fără colpectomie 606
Histerectomia subtotală 608
Histerectomia totală 611
Tehnica Rouhier 611
Tehnica Crossen 616
Tehnica Campbell 617
Evoluţie postoperatorie şi complicaţii 619
Rezultate 621
Bibliografie 622
OPERAŢII RADICALE Prof. dr. doc. I. CHIRICUŢĂ
Introducere 635
Scurt istoric al histerectomiilor totale lărgite şi al tratamentului asociat radio-chirurgical 637
Principiile şi eficienţa tratamentului chirurgical in cancerul colului uterin 641
Particularităţile biologice ale cancerului de col uterin 641
Modul de propagare loco-regională a cancerului colului uterin 642
Clasificarea T.N.M. a stadiilor cancerului colului uterin 642
Reguli de clasificare 644
Localizări anatomice 644
Rezultatele tratamentului exclusiv chirurgical 647
Rezultatele tratamentului exclusiv radioterapie 648
Rezultatele tratamentului radio-chirurgical asociat 652
Avantajele tratamentului asociat, radio-chirurgical, în cancerele colului uterin 654
Avantajele efectuării actului operator sub protecţia radioterapiei 654
Pag.
Indicaţia terapeutică în cancerele colului uterin 661
Momentul aplicării tratamentului chirurgical 661
Indicaţia terapeutică în stadiile 0 şi I a 662
Indicaţia terapeutică în stadiul I b 665
Indicaţia terapeutică în stadiul II 666
Indicaţia terapeutică în stadiile III şi IV 666
Indicaţia terapeutică în unele situaţii particulare 667
Cancerul colului restant 667
Indicaţia terapeutică în cancerul colului uterin asociat cu sarcina 668
Noţiuni de anatomie necesare pentru operarea uterului canceros 674
Ţesutul conjunctiv pelvian 674
Dispoziţia ţesutului conjunctiv densificat şi vascularizat 675
Limfaticele şi circulaţia limfatică a uterului 680
Teritoriile limfatice ale organelor genitale interne 680
Anastomozele limfatice între corpul uterin şi colul uterin 682
Grupele ganglionare ale pdivisului 682
Vascularizaţia uterului 687
Dispoziţia anatomică a arterei uterine 688
Aspecte ale circulaţiei venoase a pelvisului 690
Inervaţia organelor pelviene 692
Ramurile aferente ale plexului hipogastric 692
Ramurile eferente ale plexului hipogastric 693
Raporturile ureterului pelvian . 695
Raporturile dintre ureter şi ţesutul conjunctiv al pelvisului 697
Fosa obturatoare 698
Raporturile uterului cu vezica urinară şi rectul 699
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul cancerului colului uterin 701
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul stadiului 0 şi stadiului I a (microcancer) 701
Conizaţia | 701
Histerectomia totală inversată (tehnica Chiricuţă) 701
Principii şi eficienţă. Indicaţia operatorie 701
Pregătirea preoperatorie 703
Tehnica operatorie 704
Colpohisterectomia lărgită subfundică (Aburel) 714
Principii şi eficienţă 714

Indicaţii 716
Tehnica operatorie 717
Rezultate | 720
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul stadiilor I b şi II (stadii operabile) ale cancerului colului uterin 722
Eficienţa operaţiilor abdominale şi vaginale ... 722
Histerectomiile lărgite efectuate pe cale abdominală 725
Principiile operaţiilor pe cale abdominală practicate în cancerul colului uterin în stadiile I b şi II şi eficienţa lor 725
Tehnici care aparţin chirurgiei de organ 725
Histerectomia totală simplă .. 725
Tehnici care aparţin chirurgiei lărgite 725
Colpo-histerectomia lărgită Wertheim 728
Tehnici ce aparţin chirurgiei de teritoriu limfatic 729
Tehnici ce asociază histero-colpectomiei lărgite extirparea ganglionilor, limitată la ganglionii palpabili (Wertheim) 731
Tehnici ce asociază histero-colpectomiei lărgite limfadenecţomia limitată numai la scoaterea «ganglionului principal» (Leveuf-Godard) .••**.• SS
Tehnici prin care se extirpă întregul sistem limfoganglionar al pelvisului, lăstnd pe loc uterul şi ţesutul conjunctiv pelvian, procesul canceros cervico-parametral fiind sterilizat prin radioterapie preoperatorie (Taussig) 732
Tehnici prin care se extirpă întreg ţesutul limfogangiionar al peJvisului împreună cu tot ţesutul conjunctiv pelvian în bloc cu anexele, uterul şi vaginul.. 732 Tehnici prin care se extirpă raţional şi eclectic atît ţesutul limfoganglionar cit şi ţesutul conjunctiv pelvian, în bloc cu anexele, uterul şi vaginul datorită protecţiei radioterapiei 735
Alte tehnici care extirpă selectiv atît ţesutul limfoganglionar cit şi ţesutul conjunctiv pelvian, datorită protecţiei radioterapiei 742
Privire de sinteză asupra tehnicilor chirurgicale efectuate pe cale abdominală în cancerul colului uterin (stadiile I b şi II) 742
Indicaţiile şi contraindicaţiile operaţiilor pe cale abdominală 743
Pregătirea preoperatorie 744
Condiţiile de efectuare a operaţiilor pe cale abdominală 744
Instrumentarul special 745
Echipa chirurgicală 745
Anestezia 747
Reanimarea . J§ ; || l 747
Poziţia bolnavei şi operatorilor 747
Tehnicile histerectomiilor totale lărgite efectuate pe cale abdominală (utilizate în cancerul colului uterin, stadiul I b şi II) 747
Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite 748
Tehnica Petroşanu, Chiricuţă, Trestioreanu, Mudric 748
Colpo-histerectomia lărgită 792
Tehnica Wertheim (modificată de Stanca) 792
Variante tehnice 802
Tehnica Wertheim-Zweifel (modificată de C. Stanca) 802
Tehnica Latzko 804
Histerectomia abdominală lărgită cu evidare ilio-Iombo-pelviană 805
Tehnica Thoma Ionescu 805
îngrijiri postoperatorii, complicaţii şi rezultate 811
Tehnica cervico-colpectomiei lărgite utilizată în tratamentul cancerului colului restant 813
Tehnica I. Chirircuţă 813
Rezultatele tratamentului chirurgical radical (operaţii efectuate pe cale abdominală) în stadiile operabile I b şi II ale cancerului colului uterin 817
Histerectomiile lărgite efectuate pe cale vaginală 817
Tehnica histerectomiei totale radicale pe cale vaginală în cancerul colului uterin tehnica (Schanta-Stockel-Amreich, modificate de S. Vuia) - 817
Tehnica limfoadenectomiei pelviene pe cale extraperitoneală (R. Michel Bechet-Ira Nathanson) 833
Urmări postoperatorii 839
Prognosticul operaţiilor pe cale vaginală 839
Complicaţii urologice 839
Histerectomiile lărgite efectuate pe cale mixtă (vaginală şi abdominală) 839
Tehnica D. Alessandrescu 839
Accidente şi incidente intraoperatorii în cursul histerectomiilor totale lărgite 840
Accidente hemoragice arteriale şi venoase 840

Rănirea vezicii urinare 841
Rănirea intestinului subţire sau rectului 841
Rănirea ureterului 842
Tehnica ureterorafiei circulare
Tratamentul postoperator al histerectomiilor totale lărgite 844
Complicaţii postoperatorii 847
Complicaţii imediate 847
Complicaţii tardive 849
Tratamentul fistulelor vezico-vaginale apărute după histerectomiile totale 849
Tratamentul fistulelor uretero-vaginale apărute după histerectomiile lărgite 861 Rezultatele tratamentului chirurgical radical în stadiile operabile (I şi II) ale cancerului colului uterin , 869
3. Tratamentul chirurgical al cancerului de col uterin în stadii avansate (stadiile UI şi IV) 870
Pag.
Tratamentul chirurgical paleativ în cancerul de col uterin inoperabii 870
Tratamentul hemoragiilor mari 870
Tehnica ligaturii arterelor hipogastrice (tehnica Proust şi Maurer) 871
Tratamentul paliativ al stenozei sau dilataţiei ureterale constituite 872
Tehnica nefrostomiei 873
Nefrostomia retrogradă (Toupet-Papin) 877
Nefrostomia transrenală (Marion) 877
Tratamentul paliativ al fistulelor urinare neoplazice 878
Tehnica implantării ureterelor în colon (ureterostomia colică) 878
Tehnica ureterostomiei colice tip Coffey 1 879
Tehnica implantării uretero-colice cu anastomoză mucoasă (Cordonnier şi Nesbit) 883
Tehnica derivaţiei uretero-entero-colice (St. Roman) 884
Tratamentul durerii 885
Tehnica alcoolizării subarahnoidiene Dogliotti 886
Intervenţii efectuate pe căile simpatice 888
Tratamentul colecţiilor purulente pelviene 888
Chirurgia ginecologică supraradicală în tratamentul cu intenţie de radicalitate a cancerelor avansate (stadiile III şi IV), ale uterului şi vaginului (« chirurgia în două echipe») 889
Importanţa şi indicaţiile « chirurgiei în două echipe» 889
Condiţii pentru efectuarea operaţiilor în două echipe 891
Tehnici operatorii 891
Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale supralărgite în două echipe (A. Ameline şi J. Huguier modificată) 891
Tehnica hemipelvectomiei anterioare în două echipe (A. Brunschwig) 902
Tehnica hemipelvectomiei posterioare în două echipe (A. Brunschwig) 908
Tehnica pelvectomiei totale (A. Brunschwig) 913
Pelvectomia totală cu amputaţia rectului şi crearea unui anus abdominal 915
Varianta Comte-Bottou 919
Pelvectomia totală cu rezecţia rectului şi coborîrea ansei sigmoidiene endoanal 919
Indicaţia terapeutică şi locul chirurgiei fn tratamentul cancerului de corp uterin 923
Noţiuni de patologie necesare indicaţiei terapeutice 923
Clasificarea TNM şi FIGO a adenocarcinomului de corp uterin în redactarea recentă aUICC 926
Corpul uterin (ICD - 0 - 182) 926
Metodele de tratament al cancerului de corp uterin 931
Tratamentul chirurgical 932
Tratamentul radioterapie 932
Radiumterapia 933
Radioterapia transcutanată 934
Hormonoterapia 935
Chimioterapia 937
Strategia tratamentului complex în cancerul de corp uterin 937
Rezultatele tratamentului complex 939
Indicaţia terapeutică şi tehnicile chirurgicale utilizate tn tratamentul corioepiteliomului uterin 940
Indicaţia terapeutică şi tehnicile chirurgicale utilizate In tratamentul tumorilor vaginului.... 943
Noţiuni de patologie necesare indicaţiei terapeutice 943
Tumorile benigne 943
Tumorile maligne 943
Clasificarea stadială 944

Vaginul (ICD.O. - 184) 944
Locul tratamentului chirurgical în cancerele vaginului 947
Tratamentul radiologie 947
Tratamentul chirurgical 947
Rezultate 947
Tratamentul altor tumori vaginale 948
Melanoamele maligne vaginale 948
Corioepiteliomul vaginal 948
Indicaţia terapeutică şi tehnicile chirurgicale folosite In tratamentul cancerului vulvar 949
Noţiuni de patologie necesare indicaţiei terapeutice 949
Clasificarea stadială TNM a cancerului vulvar 950
Indicaţia terapeutică 952
Pregătirile preoperatorii 954
Tehnici operatorii 954
Vulvectomia totală simplă şi variantele ei 954
Vulvectomia totală simplă pentru cancerele situate pe o labie 954
Vulvectomia totală pentru cancerele ce depăşesc labia şi se extind spre tegumentele coapsei 959
Vulvectomia pentru cancerele vulvare ce interesează şi meatul uretral 959
Vulvectomia totală pentru cancerele comisurii posterioare ce infiltrează sfincterul anal 961
Limfadenectomia inghinală în cancerele vulvare 964
Tehnica limfadenectomiei inghinale 965
îngrijiri postoperatorii 967
Complicaţii postoperatorii ale vulvectomiei şi limfadenectomiei 967
Tehnica vulvectomiei totale lărgite cu evidarea în bloc a ganglionilor inghinali, iliaci externi, hipogastrici şi ai fosei obturatoare (tehnica G. H. Twombly) 968
Rezultatele vulvectomiei 971
Indicaţia terapeutică şi locul chirurgiei in cancerul trompei uterine 972
Noţiuni generale 972
Tratament * 973
Rezultate .. 973
Indicaţia terapeutică şi locul chirurgiei în tratamentul cancerului ovarian 975
Dificultăţile diagnosticului precoce, factor esenţial al slabei eficienţe a tratamentului 976
Elemente care decid indicaţia terapeutică 982
Stadiul clinic al bolii 982
Clasificarea histopatologică a tumorilor ovariene 986
Gradingul de malignitate 992
Geneza tumorilor ovariene de origine embrionară 993
Particularităţile diseminării cancerelor ovariene 1000
Metodele terapeutice utilizate în tratamentul cancerului ovarian şi limitele lor 1004
Tratamentul chirurgical şi limitele lui 1004
Chimioterapia cancerelor ovariene 1009
Radioterapia cancerelor ovariene 1010
Tactică şi strategie: superioritatea tratamentului complex radio-chimio-chirurgical.. 1012
Rezultate terapeutice 1019
Tehnici anexă la chirurgia ginecologică 1021
Apendicectomia 1021
Anusul artificial colic cu pinten 1026
Enteroplicatura 1030
Bibliografie 1034
CHIRURGIA GLANDEI MAMARE
Prof. dr. doc. D. SETLACEC
Date anatomice 1051
Chirurgia supuraţiilor glandei mamare 1055
TABLA DE MATERII (VOL. I ŞI II) 21
Pag.
Chirurgia tumorilor glandei mamare 1057
Generalităţi 1057
Pregătirea preoperatorie 1060
Anestezia * 1061
Intervenţii cu caracter local 1061
Exereza unei tumori 1061
Rezecţia sectorială dirijată 1063
Rezecţia sectorială 1066
Mastectomia subcutanată 1068
Mastectomia 1069

Intervenţii radicale (loco-regionale) 1072
Generalităţi 1072
Clasificarea stadială TNM 1073
Mastectomia radicală tip Halsted 1075
Mastectomia radicală modificată (Patey) 1089
Variante 1095
Mastectomia radicală cu himerizarea muşchilor pectorali 1095
«Tumorectomia» cu evidare ganglionară axilară 1098
Intervenţii supraradicale 1099
Accidente intraoperatorii. îngrijiri şi complicaţii postoperatorii 1100
Accidente intraoperatorii 1100
îngrijiri postoperatorii 1100
Complicaţii postoperatorii imediate 1100
Complicaţii postoperatorii tardive 1101
Tratamentul neoplasmului de sîn în raport cu perioadele fiziologice ale femeii 1102
Sarcina şi perioada de alăptare 1102
Procrearea la femei tinere cu neoplasm mamar tratat 1104

CUPRINS (VOL. I)
OPERAŢII GINECOLOGICE CONSERVATOARE

Date de anatomie a etajului inferior al peretelui abdominal anterior şi a organelor genitale feminine interne	27
Căile de acces în chirurgia ginecologică. Celiotomia	34
Operaţii conservatoare pe ovar şi pe ineryaţia simpatică	83
Chirurgia trompei	137
Chirurgia Sn patologia benignă a uterului	219
Bibliografie	392
OPERAŢII PLASTICE ŞI REPARATOARE *Dr. A. Pândele*	
Introducere	399
Generalităţi in legătură cu transplantarea ţesuturilor şi organelor Sn operaţiile ginecologice..	401
Operaţiile plastice şi reparatoare ale formei tractului genital	422
Operaţiile plastice şi reparatoare ale poziţiei organelor genitale	549

OPERAŢII GINECOLOGICE CONSERVATOARE

DATE DE ANATOMIE A ETAJULUI INFERIOR AL PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR ŞI A ORGANELOR GENITALE FEMININE INTERNE

Decît un memento de anatomie, prea pretenţios pentru noi, am preferat ca la fiecare capitol mare să prezentăm unele date anatomice indispensabile înţelegerii operaţiilor descrise, şi anume:

în acest capitol, date referitoare la peretele abdominal anterior şi organele genitale interne (aşa cum sînt văzute ele, odată efectuată deschiderea peretelui abdominal anterior prin celiotomie mediană subombilicală sau incizie Pfannestiel) ;

— în capitolul «Operaţii ginecologice plastice şi reparatoare», date referitoare Ja anatomia perineului, vulvei, vaginului, colului şi uterului (aşa cum sînt văzute organele genitale feminine în operaţiile efectuate pe cale vaginală, calea cea mai frecvent folosită în operaţiile plastice şi reparatoare);

— la capitolul « Operaţii ginecologice radicale», unele aprofundări ale anatomiei organelor genitale interne specifice operaţiilor radicale (cu privire Ia vascularizaţia pelviană, raporturile ureterelor, căilor limfatice etc.);

— în fine, ca introducere la capitolul V, noţiuni elementare de anatomia sinului.

PERETELE ABDOMINAL ANTERO-LATERAL

Aşa cum se vede în fig. 1 şi 2 peretele abdominal anterior este constituit dintr-un plan superficial ce cuprinde pielea şi ţesutul celular subcutanat, un *plan musculo-aponevrotic* care-i conferă soliditatea de conţinător activ al viscerelor şi un plan profund, *planul peritoneal* (despărţit de planul musculo-aponevrotic tot de un ţesut celular, mai bine sau mai slab reprezentat).

Planul musculo-aponevrotic este alcătuit, de-o parte şi de alta a liniei mediane, din cinci muşchi simetrici: *drepţii abdominali, piramidali,-marii şi micii oblici* şi *transverşii.*

Drepţii abdominali (fig. 3) sînt formaţiunile cele mai importante, alcătuiţi din fibre longitudinale, paralele cu linia mediană, ce se inseră proximal pe coastele V, VI şi a VH-a, precum şi pe apendicele xifoid, iar distal se termină prin tendoane scurte şi puternice inserate pe pubis; ei sînt separaţi pe linia mediană de dedublarea tecii lor aponevrotice, linia albă.

Piramidalii (fig. 3) sînt doi mici muşchi triunghiulari, cu vîrful in sus, aşezaţi între aponevroză (de care trebuie lăsaţi să adere la decolarea

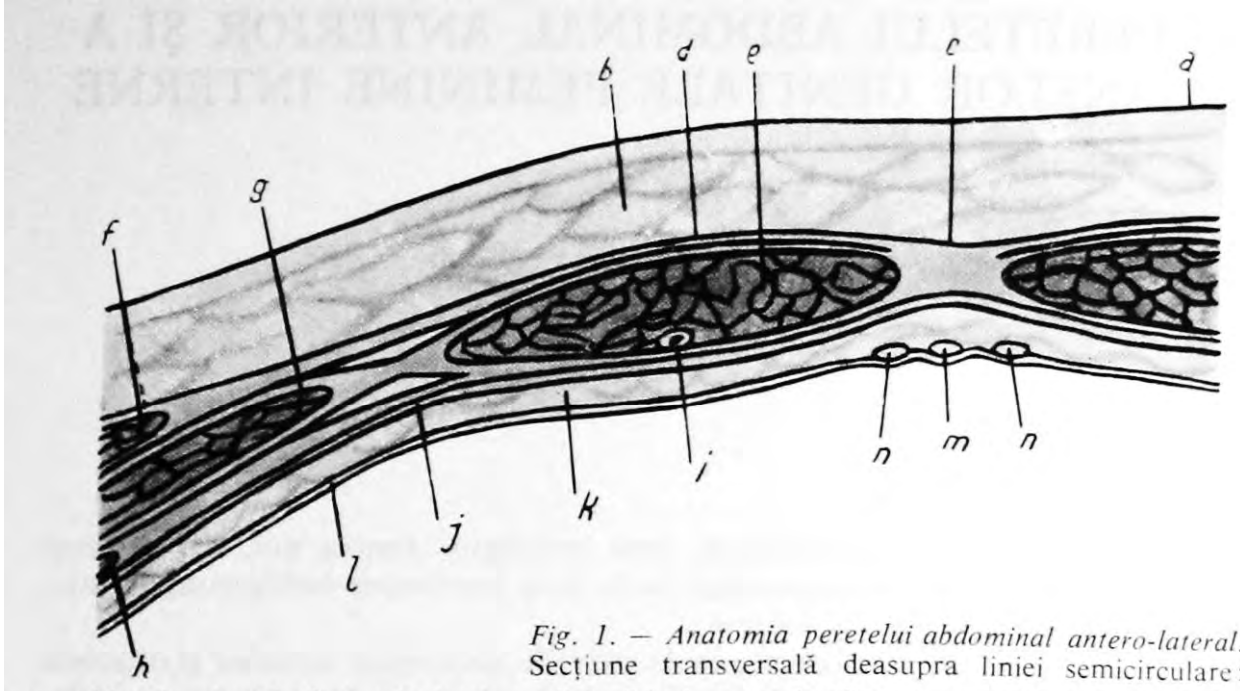


Fig. 1. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral.
Secţiune transversală deasupra liniei semicirculare:
a — pielea; b — ţesutul adipos subcutanat; c — linia albă; d — teaca drepţilor; e — muşchiul drept abdominal; f — muşchiul oblic mare; g — muşchiul oblic mic; h — muşchiul transvers abdominal; i — artera epigastrică; j — fascia transversală; k — grăsimea properitoneală; l — peritoneul; m — ligamentul ombilical median; n — ligamentul ombilical lateral.

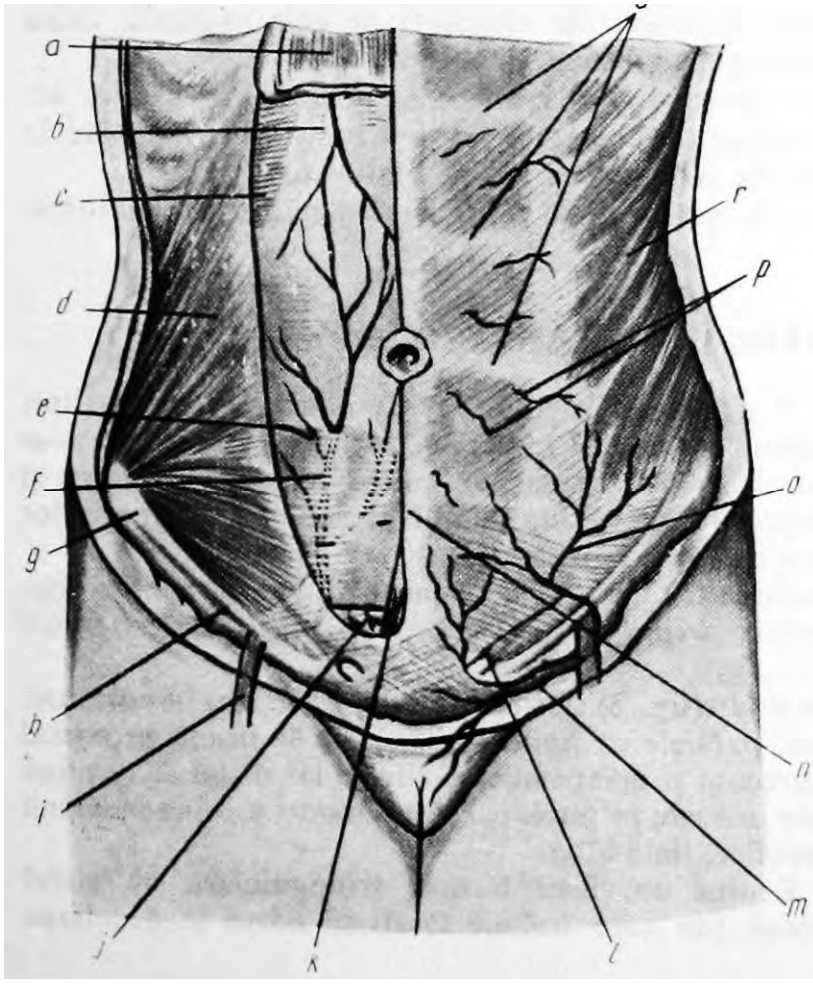


Fig. 2. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Mușchiul drept din partea dreaptă este secționat pentru a se vedea planul peritoneal:

a — mușchiul drept abdominal; *b* — artera epigastrică superioară; *c* — mușchiul transvers abdominal; *d* — mușchiul oblic intern; *e* — linia semicirculară; *f* — artera epigastrică inferioară; *g* — spina iliacă anterosuperioară; *h* — ligamentul inghinal Poupart; *i* — artera femurală; *j* — muschiul drept abdominal; *k* — mușchiul piramidal; *l* — inelul inghinal extern; *m* — artera rușinoasă externă; *n* — linia albă; *o* — artera epigastrică superficială; *p* — ramuri perforante de artera epigastrică; *r* — mușchiul oblic extern; *s* — intersecții transversale tendinoase.

lamboului inferior în incizia Pfannenstiel, fiindcă astfel Ii se compromite vas- cularizaţia) şi muşchii drepţi. Piramidalii sînt uneori slab dezvoltaţi la femei, în unele cazuri pot chiar lipsi.

Marii oblici (fig. 4) sînt cei mai superficiali dintre muşchii antero- laterali ai peretelui abdominal; se inseră pe ultimele coaste, în sus şi se divid, în jos, inserînd un fascicul muscular pe creasta iliacă şi un fascicul tendinos (el însuşi bifurcat, ce formează pilierii orificiului inghinal extern) pe pubis.

Micii oblici (fig. 5) sînt situaţi sub marii oblici, se inseră pe apo- nevroza lombară şi osul iliac. Fibrele lor se răsfiră în evantai, inserîndu-se anterior de Ia ultimele coaste, pe linia albă, pînă la pubis.

Transverşii abdominali (fig. 6) pornesc ca un brîu de la nivelul ultimelor coaste, vertebrelor lombare şi crestelor iliace, către linia albă (apone- vroza lor de inserţie pe linia albă formează foiţa posterioară a tecii drepţilor).

Marii şi micii oblici ca şi transverşii abdominali sînt înveliţi într-o teacă aponevrotică ce se confundă în partea anterioară cu aponevroza de inserţie (în partea posterioară a transverşilor această aponevroză ia numele de fascia trans- versalis). Aponevrozele de inserţie ale acestor muşchi (oblici şi transverşi) după ce iau parte la formarea tecii muşchilor drepţi se unifică pe linia mediană, formînd *linia albă.* Teaca drepţilor, în care alunecă muşchi cu acelaşi nume, este formată în 1/3 inferioară, anterior, de aponevrozele marilor şi micilor oblici, iar posterior de aponevroza transverşilor, mărginită la limita ei superioară, de arcada semicirculară (arcada lui Douglas) şi întărită de ligamentele Hesselbach şi Henle. Linia albă este formată din încrucişarea fibrelor tendinoase provenite din tecile drepţilor (ele însăşi expansiuni ale celorlalţi muşchi largi abdominali); juxtaombi- lical lăţimea ei maximă este de doi centimetri, ea îngustîndu-se apoi din ce în ce către pubis, pe care se şi inseră. Sub fascia transversalis se află încă un strat celular (mai mult sau mai puţin gras ca şi cel subcutanat) şi în sfîrşit seroasa peritoneală.

Vascularizajia planului musculo-aponevrotic al peretelui abdominal antero-Iateral este asigurată de arterele mamare interne, epigastricele, lombarele, circumflexele iliace şi subcutanatele abdominale, artere de calibru redus. O importanţă deosebită prezintă arterele epigastrice, care pătrund în teaca drepţilor de-a lungul fasciei transversalis, irigă muşchii drepţi abdominali şi dau ramuri perforante prin aceşti muşchi.

Venele sînt satelite arterelor omonime.

Limfaticele peretelui abdominal antero-lateral sînt unele superficiale (mergînd la ganglionii inghinali şi axilari), altele profunde (mergînd la ganglionii iliaci externi, juxtaaortici şi mamarii interni).

I n e r raţia peretelui abdominal provine din ultimele ramuri ale inter- costalilor şi din marele şi micul abdominogenital, nervi ce au un traiect paralel fibrelor marilor oblici perforînd teaca drepţilor pe marginea ei externă (de aceea singurele incizii recomandabile din jumătatea inferioară sînt celiotomia mediană subombilicală — între terminaţiile acelor nervi de o parte şi de alta — şi incizia Pfannenstiel paralelă cu traiectul acestor nervi).

Odată deschisă cavitatea abdominală, morfologia organelor genitale interne se prezintă în chip normal ca în fig. 7.

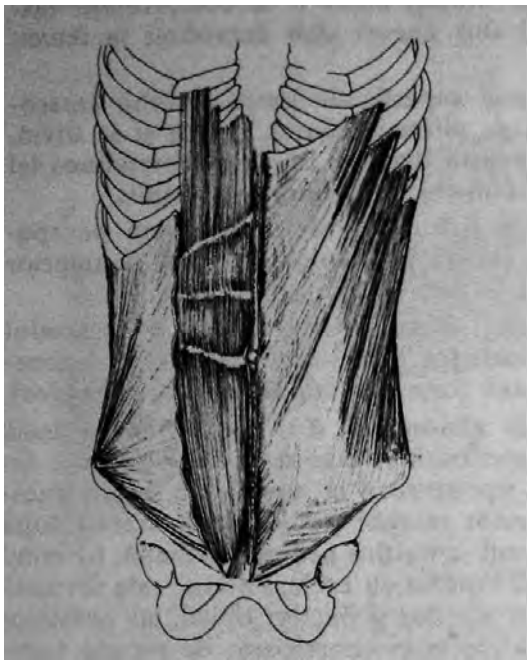


Fig. 3. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Muşchiul drept abdominal şi muşchiul piramidal.

Fig. 4. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Muşchiul marele oblic sau oblicul extern (vedere laterală).

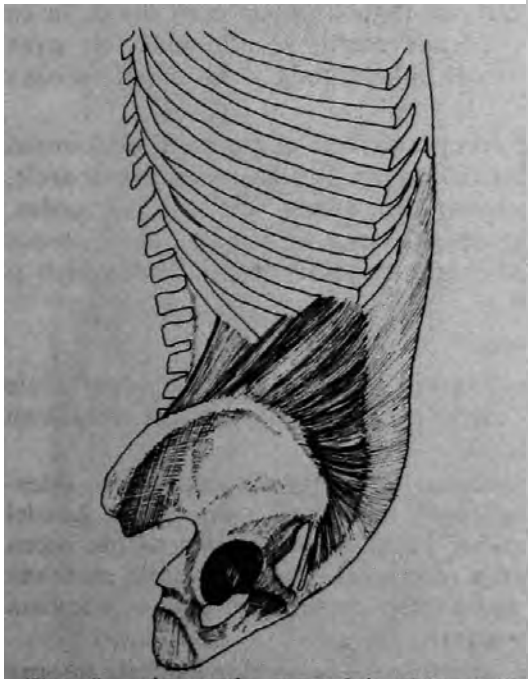


Fig. 5. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Muşchiul micul oblic sau oblicul intern.

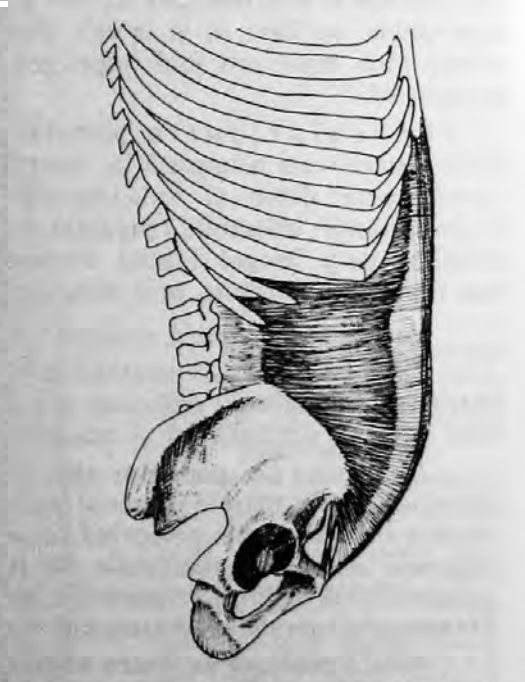


Fig. 6. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Muşchiul transvers.

Ovarele sînt singurele organe din cavitatea peritoneală neacoperite de seroasă (care se opreşte la linia Farre-Waldeyer). în număr de două, aşezate simetric, ovarele sînt organe gametogene şi endocrine.

La femeia adultă ovarele au mărimea şi forma unor migdale, sînt albe, cu suprafaţă boselată, pe care se văd în permanenţă foliculi în diverse stadii de evoluţie (pînă la ovulaţie) sau de involuţie (de la corp galben la corpus albicans).

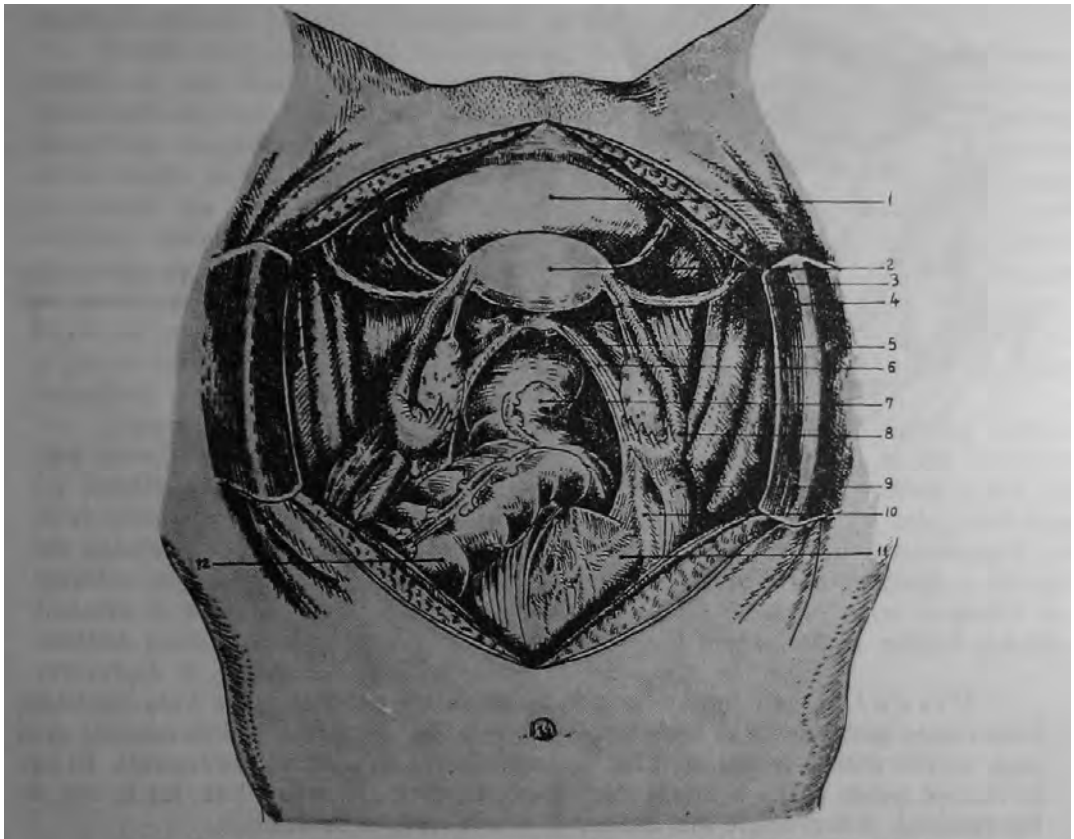


Fig. 7. — Anatomia topografică a organelor pelvisului (după P. Kamina):
1 — vezica urinară; 2 — uterul; 3 — ligamentul rotund; 4 — ligamentul utero-ovarian; 5 — fundul de sac Douglas; 6 — ligamentul utero-sacrat; 7 — rect; 8 — trompa; 9 — ligamentul lombo-ovarian; 10 — ureterul; 11 — artera iliacă primitivă; 12 — sigmoidul.

Una din laturile lungi ale ovarelor reprezentînd hilul vasculo-nervos şi aderă la peritoneu, iar la cele două capete, se află, de-o parte ligamentul infundibulo- pelvic, de cealaltă ligamentul utero-ovarian (fig. 8).

Trompele sînt conducte pereche, deschise la extremitatea externă în cavitatea peritoneală şi la cea medială în cavitatea uterină, apărînd ca două formaţiuni sinuoase, din ce în ce mai subţiri pe măsură ce se îndreaptă de la ovare la coarnele uterine. Li se descriu trei porţiuni inegale: *pavilionul* în formă de pîlnie cu marginea liberă zdrenţuită (circa 10 franjuri dintre care cea mai lungă, fimbria ovarica, zisă şi a lui Richard, este în contact cu polul superior al ovarului); *ampula*, de circa 7 cm lungime, dă prin forma sa cilindro-conică şi concavitatea, privind linia mediană, aspectul definitoriu al trompelor; *istmul*, de cca 4 cm lungime, uneşte ampula şi coarnele uterine (între ligamentele rotunde şi lombo- ovariene). Trompele sînt învelite de peritoneul ligamentului larg (sub trompe formează mezosalpinxul în care se găsesc arcadele vasculare şi unele resturi vesti- giale ca organul Rosenmiiller).

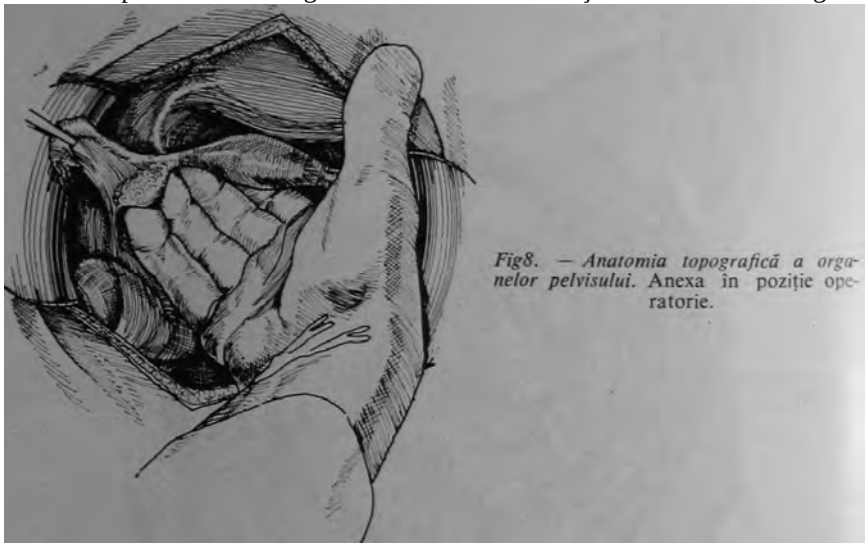


Fig8. — Anatomia topografică a organelor pelvisului. Anexa în poziţie operatorie.

Uterul, organ impar, se află în mijlocul pelvisului, pe linia mediană, în cavitatea peritoneală se vede numai corpul său, de forma şi dimensiunile unei pere, turtită antero-posterior, fiind acoperit intim de seroasa peritoneală. în caz de sarcină poate suferi o uriaşă dezvoltare, uniformă şi reversibilă, iar în caz de fibromatoză, o dezvoltare mai modestă, neuniformă şi ireversibilă.

Ligamentele largi sînt două repliuri peritoneale (asemănate cu un cearşaf ce ar atîrna pe trei frînghii divergente) între uter şi peretele lateral al pelvisului, avînd o foiţă anterioară mai scurtă şi o foiţă posterioară ce coboară mai adînc. între ele, plicatura peritoneului lasă să se recunoască *ligamentele rotunde, trompele* şi *ligamentele utero-ovariene.* în jos şi către înăuntru, cele două

foiţe peritoneale se despart, etalîndu-se median pe uter, către înainte şi înapoi pe pereţii pelvieni respectivi şi ascunzînd pe planşeul pelvian, subperitoneal, lamele conjunctive de susţinere *(parametrele, ligamentele utero-sacrate* etc.), elementele vasculare şi nervoase, ureterele şi domul vaginal. Pe femeia culcată, aşa cum se vede în timpul operaţiilor pe calea abdominală (vezi fig. 7), cavitatea sacrată fiind exagerată de lordoza lombară, face ca sacrul să apară ca un perete vertical, marginea lui superioară făcînd un unghi drept cu corpul vertebral al ulti-

mei lombare, promontoriul, la nivelul căruia, subperitoneal, de-a dreapta mezo- sigmoidului, strict pe linia mediană, se găseşte *plexul nervos presacrat).*

Din punct de vedere anatomo-topografic uterul şi ligamentele largi împart cavitatea pelviană în două funduri de sac: unul anterior vezico-uterin şi altul posterior mai profund, rectouterin, cunoscut sub numele de fundul de sac Douglas (limitat de marginea superioară a ligamentelor uterosacrate ce par să desemneze o potcoavă care înconjură rectul). Rectul golit se turteşte, făcînd impresia că punctul cel mai decliv nu este fundul de sac Douglas, ci pe faţa anterioară a rectului (ce pare invaginată în propria cavitate).

Foiţele peritoneale ale ligamentelor largi formează sub trompe *mezosal- pinxul,* iar sub ovare *mezoovarium.* Dar formaţiunile vasculare şi conjunctivo- musculare cele mai importante sînt pe laturile uterului şi în baza lărgită a celor două foiţe: *mezometrium.* Peritoneul pelvian nu coboară pînă la planşeul muscular al pelvisului alcătuit de ridicătorii anali ci lasă un spaţiu ocupat de un ţesut conjunctiv de densitate inegală ale cărui condensări desemnează, în jurul uterului, lama *sacro-recto-genito-pubiană,* ce separă o lojă viscerală (înăuntrul braţelor anteroposterioare) şi o lojă vasculară (în afara lor). Braţele perpendiculare (între uter şi peretele pelvian) sînt *ligmentele Mackenroot.* Posterior uterului, lamele conjunctive sagitale, *ligamentele utero-sacrate,* conţin şi *plexul nervos hipogastric,* în timp ce lama sagitală anterioară este mai ales vasculară.

Ligamentele Mackenroot (vezi fig. 576), lame dense, transversale, înconjură arterele şi venele uterine (şi cervico-vaginale) şi încrucişează cu ele ureterele (ce împart astfel vascularizaţia utero-cervico-vaginală într-un pedicul supra- şi altul subureteral); aceste densificări conjunctive se prelungesc pe cele două feţe ale colului şi vaginului, constituind înapoi o fascie pre- şi latero-rectală şi înaintea vaginului, fascia solidă, care a luat numele lui Halpan (care a descris izolarea ei pe cale joasă între col şi domul vaginal pe de o parte şi vezică de cealaltă parte). Clivajul în interiorul acestei fascii (capsulară la nivelul colului) reprezintă şi principiul histerectomiei intrafasciale Aldridge.

CĂILE DE ACCES ÎN CHIRURGIA GINECOLOGICĂ.

CELIOTOMIA

Definiţie. Prin celiotomie se înţelege deschiderea chirurgicală a cavităţii peritoneale.
Clasificare. în raport cu calea anatomică de abordare, celiotomia este abdominală sau vaginală.
Termenul de *laparotomie* este cel mai des folosit pentru deschiderea peri- toneului pe cale abdominală.

CELIOTOMIA PE CALE ABDOMINALĂ

În operaţiile ginecologice pe cale abdominală, cavitatea peritoneală se deschide prin două feluri de incizii la piele: *mediană sau transversală* (fig. 9).

CELIOTOMIA PRIN INCIZIE MEDIANĂ

Indicaţii: în abdomenul acut, în procesele inflamatorii macrolezionale, în tumorile mari pelvi-abdominale, în cancerul uterin şi în laparotomiile iterative cu cicatrice mediană. Alegerea inciziei mediane depinde şi de obişnuinţa chirurgului.

Locul inciziei: între simfiza pubiană şi ombilic, de-a lungul liniei albe. Această incizie se poate prelungi de partea stîngă a ombilicului (pentru a nu se secţiona ligamentul rotund al ficatului), sau direct pe linia mediană, în caz de hernii ombilicale. Inciziile pararectale nu se folosesc în chirurgia ginecologică românească. Chirurgii americani le folosesc în operaţiile lărgite pentru cancerul de col uterin.

Avantaje: se execută repede şi uşor, atît la deschidere cît şi la închidere; prin faptul că se poate prelungi uşurează executarea oricărei operaţii ginecologice, oferind controlului, la nevoie, întreg abdomenul; permite orice fel de drenaj.

Dezavantaje: expune la eventraţii şi este mai puţin preferată de femei, din motive estetice.

Elementul estetic este important dar nu esenţial în patologie şi sînt de părere că, la alegerea inciziei trebuie să cîntărească trei factori: *natura şi prognosticul bolii pentru care se face operaţia, gradul de formare al chirurgului şi condiţiile în care se execută intervenţia*. Nu este recomandabil ca reputaţia chirurgului să se facă după locul şi scurtimea inciziei şi adagiul « că incizia mare face chirurgul mare» este actual şi în chirurgia ginecologică.

Pregătirea bolnavei, *a)* Pregătirea psiho-nervoasă este esenţială. Barbitu- ricele administrate în seara care precede operaţia nu fac totul, dacă bolnavei nu i s-a cîştigat în prealabil încrederea. Aceasta se începe cu ocazia anamnezei, a examenului clinic şi se completează în momentul cînd se hotărăşte operaţia, cu explicaţii detaliate în legătură cu necesitatea şi natura intervenţiei, cu mersul postoperator şi durata spitalizării, cu prognosticul de viitor şi comportarea faţă de unele sechele. întrebările pe care femeia le pune sînt expresia neliniştii prin care trece şi de felul cum sînt date răspunsurile de către operator şi de anestezist, depinde cîştigarea încrederii şi respectiv îndepărtarea fricii de actul chirurgical.

b) Pregătirea tubului digestiv se face cu alimentaţie săracă în celuloză cu A—5 zile înainte de operaţie, la care se asociază laxative uşoare; în preziua operaţiei, masa la prînz să fie suficientă în proteine şi hidrocarbonate, iar seara numai alimente lichide şi clismă evacuatoare.

c) Pregătirea pielii abdomenului se face în dimineaţa zilei operaţiei: se rade părul pubian, se spală pielea

abdomenului cu apă şi săpun şi se degresează cu alcool. La cazurile programate pentru histerectomie totală, se face toaletă antiseptică şi se introduce în vagin o meşă sterilă, pudrată cu praf de sulfamide şi plisată în acordeon.

Alegerea momentului operaţiei: în prima săptămînă după terminarea men- struaţiei, la cazurile la care se prevede o operaţie conservatoare.

Poziţia bolnavei. Bolnava se aşază pe masa de operaţie în decubit dorsal, coapsele apropiate şi în uşoară flexiune cu gambele în prelungirea lor; coapsele se leagă între ele cu un dispozitiv special din curele. Membrele superioare, în abducţie convenabilă, se întind pe suporţii speciali ai mesei şi se fixează cu curele la nivelul articulaţiei pumnului; în această poziţie, antebraţul drept este folosit, de regulă, pentru nevoile de anestezie şi reanimare, iar pe braţul stîng se aplică aparatul pentru controlul permanent al presiunii arteriale. Punctele de sprijin principale ale bolnavei sînt la nivelul umerilor, prin suporţii de umăr ai mesei, căptuşiţi cu perniţe cauciucate; aceştia se aplică direct pe conturul umerilor şi nu pe fosele supraclaviculare, pentru a nu comprima plexurile brahiale.

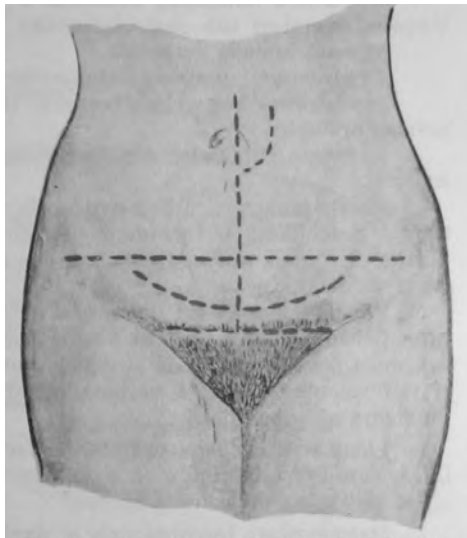


Fig. 9. — Laparatomia ginecologică. Felul incizilor la piele.

Poziţia Trendelenburg se foloseşte numai după deschiderea peritoneului, înclinînd masa în sens cranial, pînă la un unghi de 30—40°. Această poziţie declivă uşurează accesul în pelvis, în special in operaţiile din profunzime, ca de exemplu în colpo-histerectomiile totale cu limfadenectomie. Cu excepţia operaţiilor pentru cancer, în celelalte intervenţii ginecologice nu este nevoie de poziţia Trendelenburg, ci doar, o uşoară înclinare a mesei, de 10—15°.

Avantajele poziţiei Trendelenburg:

— liberează bazinul de ansele intestinale şi permite izolarea perfectă a pelvisului de marea cavitate abdominală;

— permite luminarea uniformă a pelvisului, uşurînd desfăşurarea tuturor timpilor operatori sub controlul corect al vederii;

— evită anemia cerebrală.

Dezavantajele poziţiei Trendelenburg:

— congestia organelor toracice (bronhoplegie, dilataţie acută a ventriculului drept etc.);

— pareze brahiale din cauza compresiunii prelungite a suporţilor de umeri.

Aceste inconveniente se evită prin renunţarea la poziţia Trendelenburg în timpul deschiderii şi închiderii peretelui abdominal. Readucerea bolnavei la poziţia orizontală se face treptat, pentru a permite inimii să se readapteze la noul regim circulator.

Poziţia chirurgului: operatorul se aşază în stingă bolnavei şi ajutorul principal în dreapta. Această poziţie uşurează manevrele intraoperatorii în profunzimea pelvisului. Cel de al doilea ajutor se aşază pe aceeaşi parte cu primul şi instrumentează, iar la nevoie, manevrează depărtătoare mobile, în anumite momente ale operaţiei.

Luminarea cimpului operator se face cu sursa de lumină de la lampa scia- litică, care oferă lumină albă şi uniformă. în lipsa acesteia, sau în completarea ei, se pot folosi reflectoare mobile.

Instrumentar. Instrumentele şi depărtătoarele care se folosesc în chirurgia ginecologică sînt expuse în fig. 10 A şi B.

Asepsia abdomenului şi aşezarea cimpurilor sterile. Se badijonează tegumentele de trei ori, cu soluţie de tinctură de iod, succesiv, cu cel puţin 5 minute înainte de începerea operaţiei iar badijonarea se face de la centru spre periferie, schimbînd tamponul de fiecare dată. Cîmpul iodat se întinde pe flancuri pînă dincolo de linia spinelor iliace antero-superioare, în sus pînă la rebordul costal şi în jos cuprinde şi 1/3 superioară a coapselor.

Cîmpurile se aşază în aşa fel încît să acopere în întregime bolnava, de la cap pînă dincolo de picioare, delimitînd zona ombilico-pubiană, sub forma unui dreptunghi cutanat, centrat de linia albă. Regiunea vulvară se izolează de la început, cu o muşama de cauciuc, sterilă, aplicată deasupra coapselor şi cu marginea superioară la nivelul simfizei pubiene şi peste ea se întind cîmpurile din pînză: un cîmp obişnuit de la simfiză în jos, un altul de la ombilic în sus şi peste ele un cîmp mare (cearşaf) cu deschizătură mediană, longitudinală iar un alt cîmp se fixează la marginile suportului metalic pe care stau instrumentele chirurgicale. Cîmpurile care delimitează zona cutanată, se fixează, la cele patru colţuri, cu fire de aţă trecute prin piele (punctele superioare se fixează la un lat de deget deasupra ombilicului, măsură de rezervă, pentru cazul că va fi nevoie să fie prelungită incizia). Se rebadijonează cu iod suprafaţa cutanată astfel delimitată, acordîndu-se o atenţie deosebită fosetei ombilicale, în care se răsuceşte o compresă îmbibată cu acelaşi antiseptic. Acele cu care se fixează cîmpurile la piele şi compresele cu antiseptic se aruncă după fiecare folosire.

Tehnica laparotomiei mediane.

Incizia cutanată se face de-a lungul liniei albe, începînd de la un lat de deget deasupra simfizei, pînă la un lat de deget sub ombilic. Pentru aceasta, operatorul fixează cu policele şi indexul spinele pubiene întînzind pielea la acest nivel şi cu bisturiul face o incizie dreaptă, verticală, care interesează pielea şi ţesutul adipos subcutanat, pînă la aponevroză. Această incizie se face dintr-o singură trăsătură, cu vîrful bisturiului perpendicular pe tegumente. Calitatea cicatricei depinde de felul cum se face această incizie.

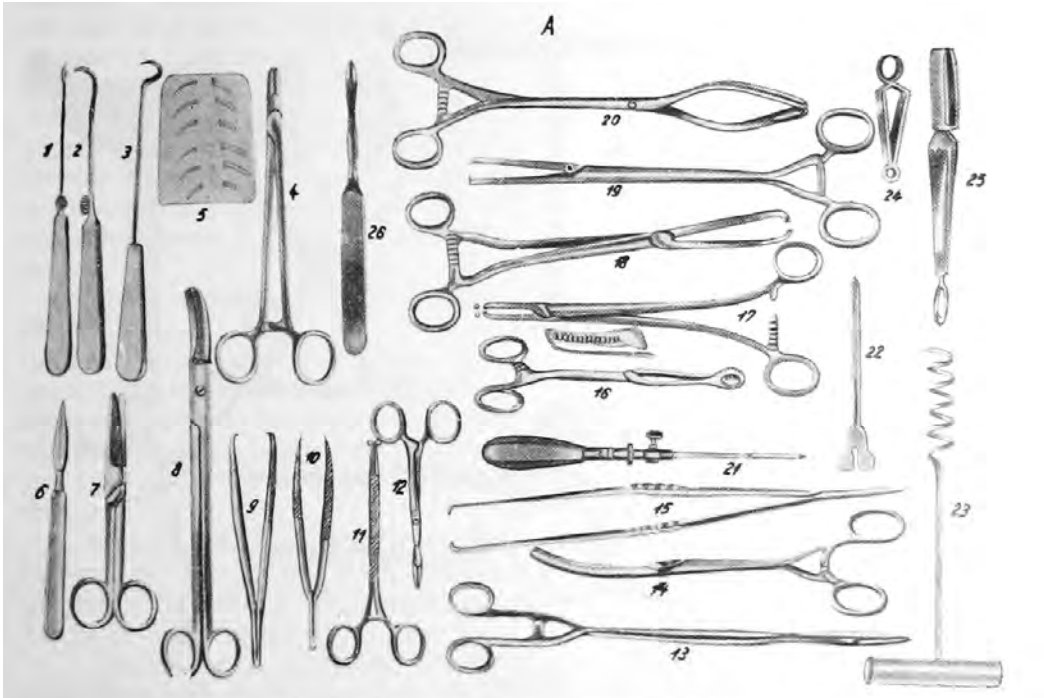


Fig. 10. — Instrumentarul pentru operaţiile ginecologice :

A. — 1 — acul Reverdin drept; 2 — acul Reverdin curb; 3 — acul Deschamps; 4 — portac; 5 — ace curbe Hagedorn; 6 — bisturiu; 7 — foarfece drept; 8 — foarfece curb; 9 — pensă de disecţie; 10 — pensă anatomică; 11 — pensă Kocher; 12 — pensă Péan; 13 — pensă vaginală dreaptă; 14 — pensă vaginală curbă; 15 — pensă de disecţie lungă; 16 — pensă «în inimă»; 17 — pensă uterină J. L. Faure; 18 — pensă Museux; 19 — pensă de col Pozzi; 20 — histerolob; 21 — trocar; 22 — sondă canelată; 23 — sfredel chirurgical; 24 — rac pentru cîmpuri; 25 — rac mare; 26 — decolator Kocher.

Lungimea inciziei depinde de felul operaţiei şi de grosimea peretelui abdominal. în intervenţiile pentru cancer, incizia se face de la început, prelungită, pe partea stîngă a ombilicului. Pentru toate celelalte operaţii ea se opreşte în vecinătatea ombilicului, urmînd să fie prelungită, la nevoie. La femeile la care linia albă este invizibilă sau deformată de adipozitate sau de procesul tumoral intraperitoneal, incizia pielii se face între două pense Kocher, care delimitează lungimea şi direcţia acesteia: ajutorul trage excentric de aceste pense şi operatorul incizează pielea între ele. Acest artificiu de tehnică este recomandabil şi începătorilor în chirurgie. De asemenea, se fac, înainte de incizie, cîteva zgîrieturi cu bisturiul, pe piele, perpendiculare pe linia de incizie, 3—4 în total, pentru ca sutura tegumentelor să nu deniveleze în sens longitudinal, marginile inciziei. Această modalitate, preluată din chirurgia estetică, devine inutilă după cîştigarea unui anumit grad de experienţă în chirurgia abdomenului.

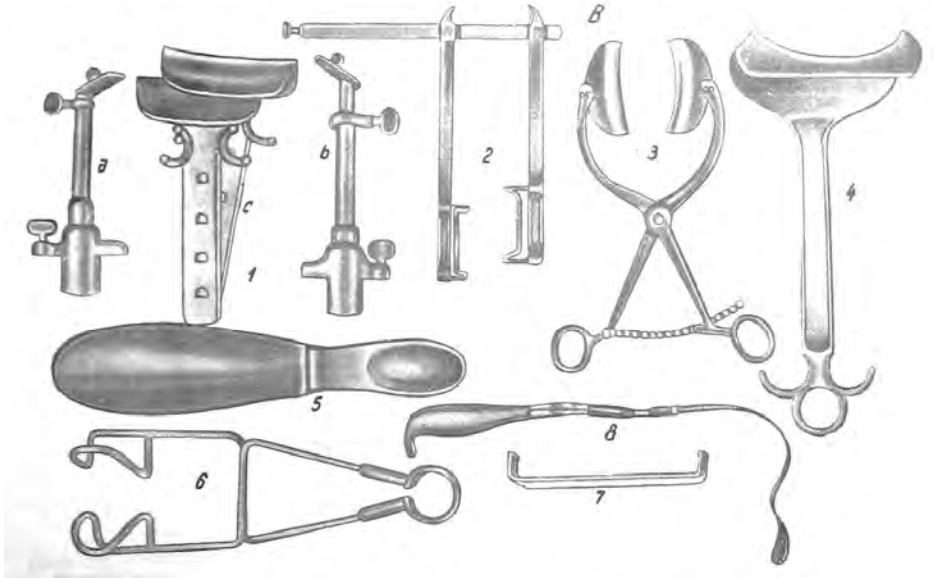


Fig. 10.

B. — 1 — depărtătorul autostatic Thoma-Ionescu: a şi b — stilpi fişi; c — valve; 2 — depărtătorul Gosset; 3 — depărtătorul Mathieu (Collin); 4 — valve Doyen; 5 — valva pentru menţinerea intestinelor («talpa»); 6 — depărtătorul Dartigues; 7 — depărtătorul Farabeuf; 8 — valva Pollosson.

După efectuarea completă a inciziei pielii şi a ţesutului adipos subcutanat, se procedează la hemostază. Aceasta se face cu ligaturi de catgut 00, pense Pean, sau prin electrocoagulare pe pensă. Hemostaza trebuie să fie foarte îngrijită. Sîngerarea este produsă de mici arteriole provenite din epigastrica inferioară şi din ruşinoasa externă. La unghiul inferior al inciziei sîngerarea este mai abundentă. La acest nivel, pentru siguranţa hemostazei, firele de ligatură se trec cu acul.

Incizia perfect dreaptă a pielii, făcută dintr-o singură mişcare, şi hemostaza îngrijită asigură calitatea estetică a cicatricei.

Secţionarea aponevrozei. Se face o butonieră cu bisturiul, cam la jumătatea inciziei cutanate. Se introduce foarfecele drept închis, îndreptat mai întîi în jos, apoi în sus, cu care se decolează aponevroza de planul muscular al drepţilor abdominali. Se retrage foarfecele şi cu el se secţionează aponevroza în jos pînă la simfiză şi în sus pînă la ombilic (fig. 11) atît la capătul inferior, cît şi la capătul superior (secţionarea aponevrozei depăşeşte unghiurile inciziei cutanate) în timp ce ajutorul expune unghiurile inciziei cu depărtătoarele Farabeuf,— în acest scop.

Butoniera şi secţionarea aponevrozei se fac strict pe linia mediană (reperele sînt ombilicul şi comisura vulvară) pentru ca dedesubt să apară interstiţiul fibros (linia albă) dintre drepţii abdominali. Dacă acest interstiţiu nu este vizibil, inserţia piramidalilor şi reconsiderarea punctelor de reper — ombilicul şi comisura vulvei — H ne ajută să-1 găsim. Acest interstiţiu se desface cu foarfecele sau cu indexul de la ambele mîini, printr-o mişcare de la centru spre extremităţi. Spre unghiul superior, o arteriolă din muşchii drepţi trebuie ligaturată imediat. în laparoto- miile iterative acest interstiţiu se caută disociind fibrele musculare cu foarfecele închis.

Dacă secţionarea aponevrozei s-a făcut ceva mai lateral, cum se întîmplă în laparotomiile iterative, apare planul muscular al unuia din drepţii abdominali. Se caută marginea lui internă şi se degajează cu foarfecele curb, închis. Procedeul este sîngerînd şi obligă la hemostază imediată.

Izolarea plăgii de pielea adiacentă se face cu 4 cîmpuri mici, dreptunghiulare, fixate cu puncte separate de aţă la ţesutul celular subcutanat.

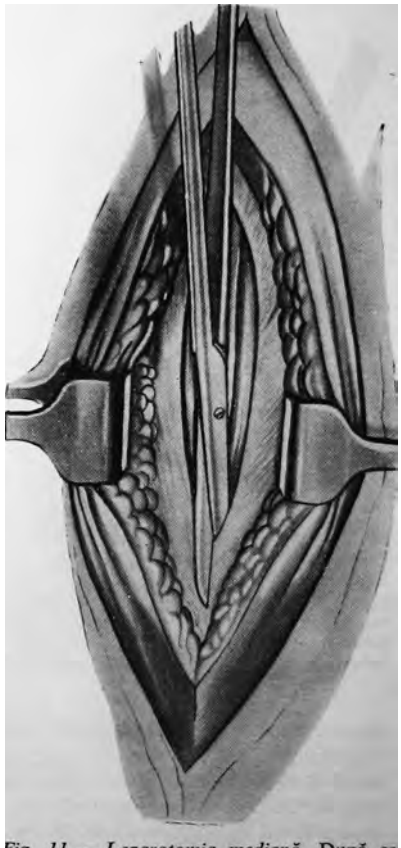


Fig. 11. — Laparotomia mediană. După ce s-a făcut o butonieră cu bisturiul, se completează incizia aponevrozei cu foarfecele drept.

Secţionarea peritoneului. Locul de deschidere este cît mai aproape de ombilic, pentru a se evita lezarea vezicii urinare. Această recomandare devine o regulă absolută în procesele tumorale pel- viene şi în laparotomiile iterative. Incizia peritoneului se face cu bisturiul (fig. 12) sub forma unei butoniere pe marginile căreia se aplică, de o parte şi de alta, cîte o pensă Pean. în momentul cînd se face deschiderea cavităţii peritoneale, aerul pătrunde înăuntru şi intestinele se depărtează de planul parietal, atunci cînd nu sînt procese aderenţiale. Se lărgeşte breşa peritoneală cu foarfecele şi se completează secţionarea, în jos, spre vezică şi în sus, spre ombilic. înainte de a se proceda la această completare, în momentul cînd breşa făcută permite două degete, se introduc mediusul şi indexul cu care se controlează atît în sus, cît şi mai ales în jos, dacă sînt sau nu aderenţe parietale. După ce s-a făcut această verificare, operatorul introduce indexul flectat sub peritoneu, ajutorul face acelaşi gest de partea lui (fig. 13) şi ridicînd foiţa peritoneală, pentru a vedea prin transparenţă marginea superioară a vezicii, se secţionează cu foarfecele pînă în apropierea ei (dacă fundul vezicii este prea sus, secţionarea peritoneului se dirijează oblic, în afara laturii vezicii, de obicei spre dreapta). Secţionarea peritoneului folosind această manevră digitală este nesîngerîndă. în momentul

cînd apare sîngerarea, aceasta denotă că foarfecele se găseşte la marginea peretelui vezical. în această situaţie se opreşte secţionarea, se face imediat hemostaza pe pense Pean cu ligaturi de catgut sau aţă subţire, niciodată cu electrocauterul, şi, dacă este nevoie de o deschidere mai largă, se oblicizează secţionarea peritoneului para vezical. Un alt artificiu care face să coboare fundul vezicii este de a se decola cu foarfecele curb închis şi secţiona, fascia transversalis, înainte de a se completa secţionarea peritoneului spre unghiul inferior. Decolarea fasciei transversale şi a grăsimii prevezicale se poate face şi de către ajutor, manevrînd depărtătorul Farabeuf de sus în jos. La sfîrşitul deschiderii peritoneului spre unghiul inferior, se verifică şi se asigură hemostaza după care, cu două degete introduse spre ombilic, se secţionează peritoneul cu bisturiul ca în fig. 14, sau cu foarfecele. Degetele operatorului feresc ansele intestinale de lama bisturiului iar ajutorul îndepărtează unghiul superior al inciziei cutanate cu depărtătorul Farabeuf. Aceeaşi manevră bidigitală se foloseşte şi în cazul cînd este nevoie să fie prelungită în totalitate, incizia peretelui, fie paraombilical, fie transombilical.

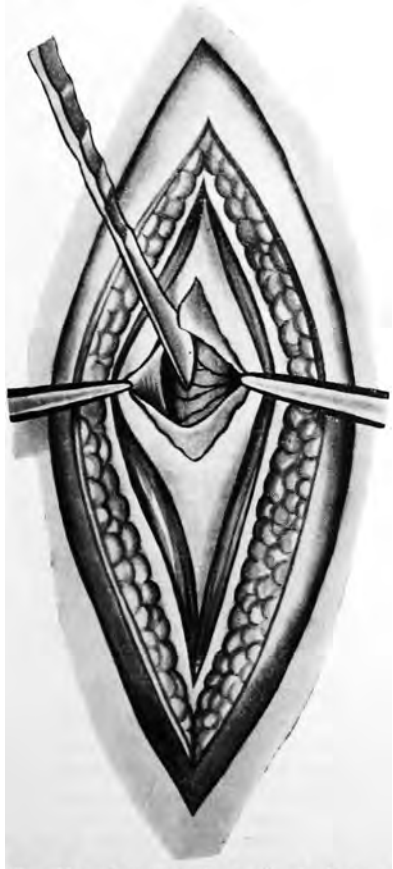


Fig. 12. — Laparotomia mediană. Seroasa peritoneală, apucată cu două pense anatomice, este incizată cu bisturiul între ele

După deschiderea completă a peritoneului, cu un fir de aţă trecut în U se fixează marginile peritoneului juxta vezical la unghiul inferior al inciziei cutanate pentru a se izola spaţiul Retzius. Unii chirurgi, fixează şi marginile laterale ale peritoneului la piele, fie cu fire separate, fie cu pense speciale pentru a izola stratul grăsos subcutanat. Singurul moment dificil la deschiderea peritoneului este efectuarea butonierei. Pentru aceasta, operatorul aplică o pensă Kocher pe marginea aponevrozei posterioare a dreptului abdominal de care trage în sus cu fermitate, în timp ce ajutorul apucă fascia transversalis cu o pensă anatomică cu dinţi. Operatorul renunţă la pensa Kocher şi cu o pensă anatomică cu dinţi apucă de fascia transversalis de partea lui, în timp ce ajutorul dă drumul ţesuturilor apucate şi prinde o zonă învecinată. Repetarea acestei manevre face ca în pliul peritoneal format să nu se găsească o ansă intestinală. Pentru certitudine se apucă pliul format, între două degete, apreciindu-se grosimea lui, după care se incizează cu bisturiul.

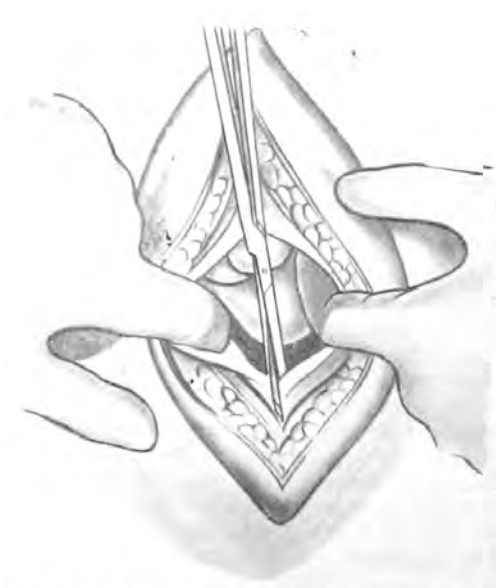


Fig. 13. — Laparotomia mediană. Completarea inciziei peritoneului în colţul inferior al plăgii. Operatorul şi ajutorul introduc fiecare cîte un deget flectat sub peritoneu, ridicînd seroasa, apoi, cu foarfecele se completează incizia la colţul inferior al plăgii, pînă la fundul vezicii.

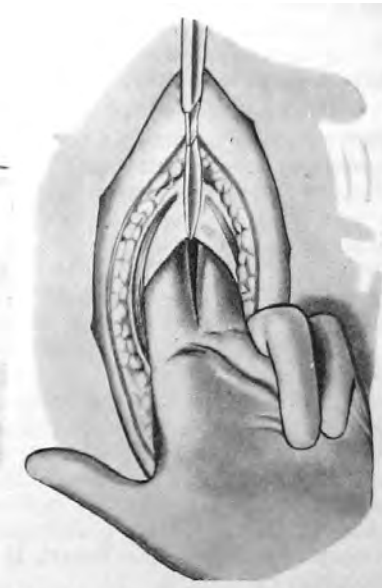


Fig. 14. — Laparotomia mediană. Completarea inciziei peritoneului la colţul superior al plăgii. Operatorul introduce două degete sub peritoneu şi cu bisturiul incizează seroasa — sub controlul vederii — pînă la ombilic.

Această modalitate este uşor de făcut la femeile slabe, la care fascia transversalis se secţionează odată cu peritoneul; la femeile grase se secţionează fascia transversalis împreună cu ţesutul grăsos pînă cînd apare culoarea albicioasă a foiţei peritoneale, după care se procedează ca mai sus. Incizia ţesutului grăsos se face pe linia mediană, evitînd decolarea drepţilor, motiv de hemoragie şi hematoame.

La deschiderea peritoneului se pot întîlni situaţii deosebite: lichid în cavitate sau aderenţe epiplooice şi/sau intestinale. In prima eventualitate se evacuează lichidul prin aspiraţie sau cu comprese moi, după care se explorează abdomenul şi se judecă tactica operatorie. Se reţine o seringă de lichid pentru examenele de laborator. în a doua eventualitate, se desfac digital sau prin rezecţie aderenţele epiplooice la peritoneul parietal iar hemostaza se face cu grijă, cu fire de aţă, trecute cu acul. Ansele intestinale aderente se desfac cu mare atenţie iar zonele depolisate se repară imediat cu fire subţiri de catgut.

Accidente la deschiderea peritoneului. Acestea se pot ivi mai ales în lapa- rotomiile iterative: secţionarea unei anse intestinale sau a vezicii urinare. în ambele situaţii se suturează imediat leziunile produse, în dublu strat, la intestin cu fire subţiri de aţă, la vezică cu catgut, de preferinţă cromat. în plăgile vezicale suturate, se lasă sondă Folley sau Pezzer pentru 10 zile.

Pregătirea cîmpului operator. Deschiderea peritoneului pune chirurgul în faţa a două situaţii:

— accesul în pelvis este liber şi operaţia poate începe imediat;

— accesul în pelvis este împiedicat de aderenţe şi intervenţia nu poate începe decît după eliberarea cîmpului operator.

Dacă accesul pelvisului este liber, se procedează în primul rînd la izolarea marii cavităţi abdominale. Condiţia esenţială pentru aceasta este o bună anestezie, împingerea anselor intestinale şi izolarea pelvisului se fac cu cîmpuri moi, din tifon, de formă dreptunghiulară, cu latura mare de 30—40 cm şi cu şiret lung la unul din colţuri, umezite, în prealabil, cu ser fiziologic călduţ. O izolare suficientă se poate obţine cu trei cîmpuri, unul median şi două laterale spre flancuri. Şiretul fiecărui cîmp se lasă în afara abdomenului şi toate la un loc se fixează cu o pensă. Această măsură de precauţie este foarte importantă fiindcă asigură extragerea tuturor cîmpurilor de izolare, după terminarea operaţiei.

După ce s-a asigurat izolarea marii cavităţi abdominale este necesară obţinerea unei lumini suficiente a cîmpului operator. Pentru aceasta se introduc în plagă depărtătoare fixe sau mobile. Alegerea depărtătorului este în funcţie de tipul operaţiei şi de preferinţa chirurgului. Cele mai cunoscute sînt: depărtătorul Thoma Ionescu (fig. 10-D-a, b, c), la care valvele se fixează la doi stîlpi laterali ficşi; depărtătorul Ernest Juvara, la care valvele se fixează pe un cadru metalic mobil; depărtătorul cu valve mobile ataşate la cadru metalic fix (fig. 15); depăr- tătoarele Gosset, Collin şi Dartigues (fig. 10-B, 2, 3, 6); valva suprapubiană Doyen (fig. 16) care se fixează la un dispozitiv special, plasat între coapsele bolnavei.

Depărtătoarele autostatice sînt indispensabile în operaţiile laborioase, care se fac în profunzimea pelvisului, ca de exemplu, în operaţiile pentru cancerul de col uterin. în operaţiile mai simple (ligamentopexii, salpingectomii, miomecîomii) >e poate evita folosirea lor sau se aplică pentru un timp foarte scurt, la perito- îizare şi controlul hemostazei.

Avantajele depărtătoarelor fixe: creează o deschidere largă a pereţilor ibdomenului, oferind lumină perfectă în profunzimea pelvisului.

Dezavantajele depărtătoarelor fixe: produc ischemia muşchilor şi chiar upturi musculare, care periclitează procesul de cicatrizare, mai ales în operaţiile ie lungă durată.

Dacă accesul în pelvis nu este liber, operaţia începe prin înlăturarea obstacolelor constituite de aderenţele organelor între ele (epiploon, intestin subţire, ezică şi colon). De cele mai deseori epiploonul este acela care prin aderenţele e le face cu vezica, cu fundul uterului, cu anexele şi cu peritoneul parietal larează drumul spre pelvis. Desfacerea acestora se face prin disecţie cu foarfecele urb, prin secţionarea pe cît posibil la vedere a bridelor şi nu prin smulgere, cu ontrolul atent al zonelor decolate. Rezecţia epiploonului se face pe porţiuni, iu mai groase de 2 cm (fig. 17), trecînd firul de ligatură prin transfixie. Se pot rezeca porţiuni importante din epiploon fără consecinţe postoperatorii. Se verifică integritatea viscerelor şi se aplică depărtătoarele.

Închiderea abdomenului este un timp important al operaţiei de care depind soliditatea peretelui şi calitatea cicatricei şi ea se execută cu grijă şi corectitudine tehnică.

Ea se începe după controlul hemostazei, prin verificarea ligaturilor la nivelul bonturilor, spălarea pelvisului cu ser fiziologic, scoaterea depărtătoarelor şi a clmpurilor de izolare, repunerea sigmoidului în escavaţie şi aducerea epiploonului deasupra anselor intestinelor. înainte de a se începe reconstituirea anatomică a peretelui, ajutorul, care a instrumentat, îşi numără instrumentele folosite şi le îndepărtează, pregătind pe cele special rezervate acestui timp al operaţiei iar sora sălii de operaţie îşi contabilizează cîmpurile moi întrebuinţate.

Pentru realizarea, în condiţii optime, a acestui timp operator sînt necesare:

— anestezie bună;
— materiale de sutură corespunzătoare (ace şi fire);
— respectarea planurilor anatomice;

- asepsie riguroasă (se schimbă cîmpurile moi de izolare a peretelui şi după antiseptizarea tegumentelor învecinate, cu iod sau alcool, se pun alte cîmpuri moi, curate; instrumente noi, nefolosite în timpul operaţiei; chirurgul şi ajutorul îşi schimbă mânuşile pentru a evita contaminarea ţesutului adipos subcutanat);

— evitarea spaţiilor moarte;
— afrontare minuţioasă la piele.
—

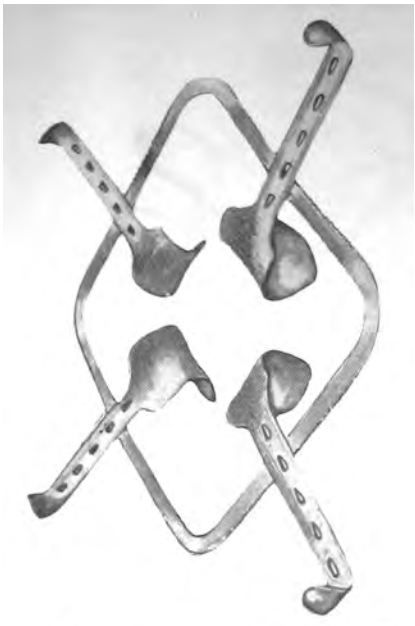


Fig. 15. — Laparotomia mediană. Depărtător abdominal autostatic cu cadru fix şi valve reglabile.

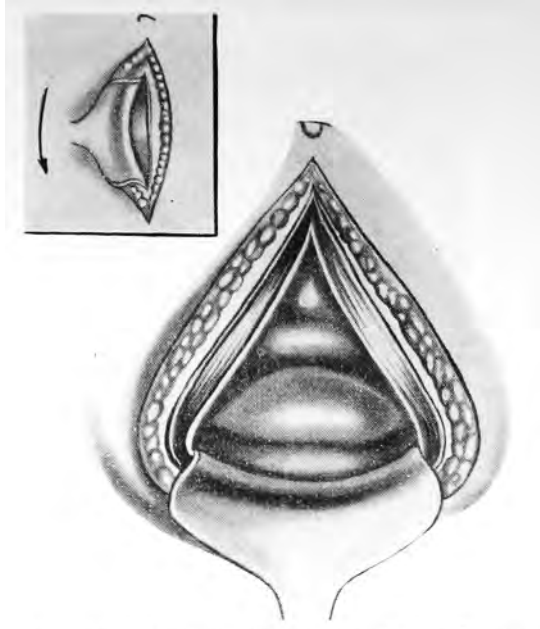


Fig. 16. — Laparotomia mediană. Valva Doyen aplicată suprasimfizar:

In cartus: introducerea valvei se face longitudinal, în sensul plăgii, apoi, printr-o mişcare de rotaţie, în sensul săgeţii, se aşază transversal.

Sutura în planuri anatomice urmăreşte să reconstituie anatomia peretelui abdominal.

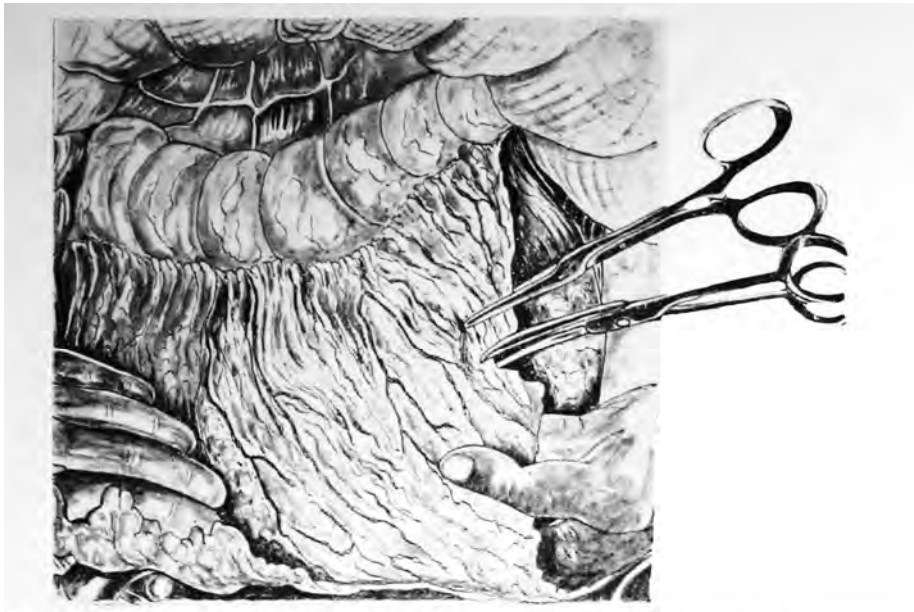


Fig. 17. — Rezecție parțială de epiploon. Modul cum se aplică pensa Kocher și modul cum se secționează cu foarfecele. Ligaturile se pun după aceea prin transfixie cu acul, liberînd progresiv pensele Kocher aplicate.

Închiderea cavității peritoneale se face prin sutura celor două foițe peritoneale. în prealabil se elimină firele de aţă cu care fuseseră fixate marginile peritoneului la buzele plăgii. Sutura începe de la unghiul superior. Pentru aceasta se demarchează unghiul superior cu o pensă Kocher, aplicată vertical, şi marginile laterale ale peritoneului, cu două pense Pean. Operatorul trage de pensa Kocher şi ajutorul, cu două depărtătoare Farabeuf aplicate pe grăsime, expune unghiul superior. Se aplică unul sau două puncte separate de sutură cu catgut nr. 2 sau cu nylon, trecute prin foiţele peritoneului şi prin aponevroza drepţilor, la acest nivel peritoneul parietal fiind aderent la aponevroză. Cînd se strîng firele, se răzbuzează foiţele peritoneului cu două pense (fig. 18), astfel ca apropierea lor să se facă pe suprafeţe şi nu pe margini. Aceste puncte sînt foarte importante pentru evitarea eventraţiilor. în continuare, pînă la nivelul vezicii, se aplică fie puncte separate, cu catgut O sau nylon subţire, fie puncte în U (fig. 19), folosind un ac curb subţire şi avînd grijă de a apropia foiţele peritoneale, faţă în faţă, ceea ce asigură o cicatrizare uniformă şi rapidă, fie un surjet cu fir de catgut, ca în fig. 20, deplasînd priza penselor Pean pe măsură ce sutura se apropie de fundul vezicii. La acest nivel ultima trecere a acului prin foiţele fasciei transversale şi grăsimea adiacentă înfundă peretele vezicii.

Gestul de siguranţă, obligator, pe care operatorul îl face la sutura planului peritoneal este ca la strîngerea fiecărui fir separat sau a surjetului, să introducă indexul spre ombilic, de-a lungul suturii, şi să verifice faţa posterioară a peritoneului. Accidentul posibil este prinderea epiploonului sau a unei anse intestinale, cînd se trec cu acul, firele peritoneale.

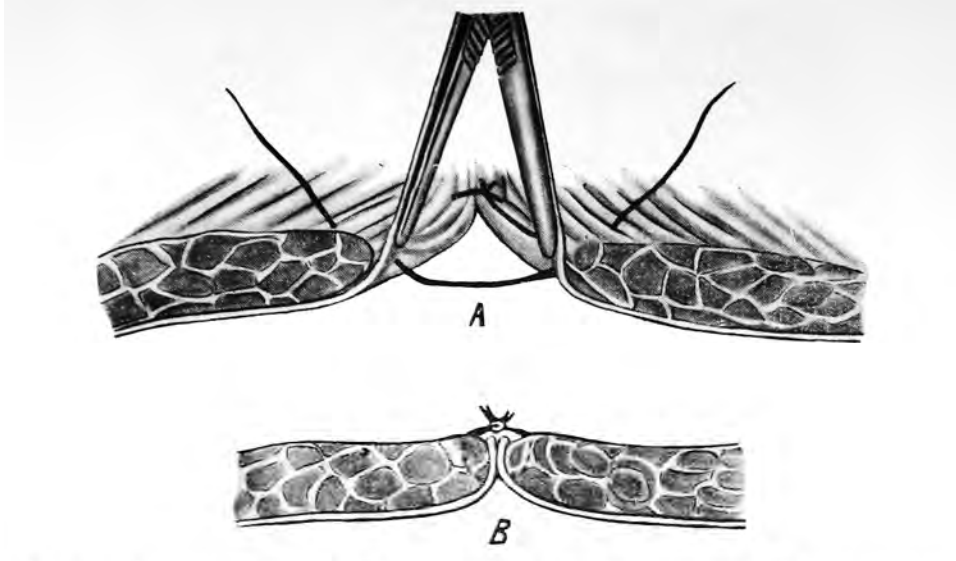


Fig. 18. — Laparotomie mediană. Refacerea planului peritoneal la unghiul superior al inciziei. Firul trece prin aponevroza dreptului, suprafața peritoneului (și nu marginea de secțiune), apoi peritoneul și aponevroza dreptului de partea opusă. Înainte de a se strînge firul, foițele peritoneale sînt apucate cu două pense și se răzbuzează astfel încît, la strîngerea firului, să se afrontez două suprafețe seroase, interpuse între mușchi (B).

Dificultăţi la sutura peritoneului. Acestea se întîlnesc în laparotomiile iterative: foiţele peritoneului sînt aderente, foarte subţiri şi friabile, la care se mai poate adăuga şi diastazisul drepţilor sau anestezie incompletă. în această situaţie se trec fire totale, peritoneo-musculare, ca în fig. 18, avînd grijă ca, la strîngerea firelor, foiţele peritoneului să se aplice faţă în faţă şi indexul să controleze cu fiecare nod, suprafaţa internă a suturii.

Un alt incident poate fi dat de prezenţa anselor intestinale în incinta deschiderii peritoneale, de cele mai multe ori prin defect de anestezie. în această eventualitate se introduce un cîmp moale umezit, care împinge intestinele spre cavitatea abdominală, le izolează şi le îndepărtează de planul suturii peritoneale. Cîmpul se extrage cînd se ajunge cu sutura în treimea inferioară a peritoneului. Se mai folosesc în acest scop fie «talpa» metalică (fig. 10-B, 5), fie o «lingură de supă», din argint, cu găvanul spre sutură. Ambele se scot cînd se ajunge cu sutura în treimea inferioară a peritoneului. «Lingura de supă» are şi avantajul că adună în găvanul ei, lichidul sero-sanguinolent produs de străpungerea cu acul de sutură.

După terminarea suturii peritoneului, se spală plaga cu ser fiziologic, prilej de a se verifica şi completa hemostaza, mai ales în spaţiul prevezical.

Fig. 19. — Laparotomie mediană. Sutura peritoneului cu fire în U.

Fig. 20. — Laparotomie mediană. Sutura peritoneului cu surjet.

La femeile vîrstnice şi la multipare, se apropie drepţii abdominali pe linia mediană cu 3—4 fire de catgut nr. 1, etajate (fig. 21). Punctul inferior prinde marginea drepţilor şi grăsimea prevezicală, eliminînd spaţiul mort. Firele nu se strîng tare fiindcă taie. La femeile tinere nu este nevoie să se sutureze planul muscular. Ţesutul muscular este «nobil» şi bine vascularizat. Trecerea acului şi firele de ligatură produc cicatrici şi uneori hemoragii regretabile.

Se spală din nou plaga cu ser fiziologic şi se recontrolează hemostaza, după care se trece la sutura planului aponevrotic.

Sutura aponevrozei. Sutura aponevrozei reface teaca drepţilor abdominali şi redă peretelui soliditatea necesară. Evitarea eventraţiilor depinde în primul rînd, de felul cum şi cu ce fel de material de sutură se reconstituie planul aponevrotic.

Sutura se face cu puncte separate, etajate, de sus în jos, la 1 cm unul de altul, cu catgut nr. 2 sau nylon gros. Se dă preferinţă firelor neresorbabile, din nylon, mai ales la femeile vîrstnice, la multipare, la cele anemice şi deproteinizate şi mai ales în laparotomii iterative. Firele aplicate se strîng puternic şi capetele se armează pe pense Pean. Ele se secţionează cu foarfecele, la cîţiva milimetri de nod, la terminarea suturii. Această manieră oferă posibilitatea controlului distanţei dintre fire şi unde este cazul să se completeze sutura. Unii chirurgi folosesc surjetul cu catgut, cu condiţia ca acesta să fie cromat.

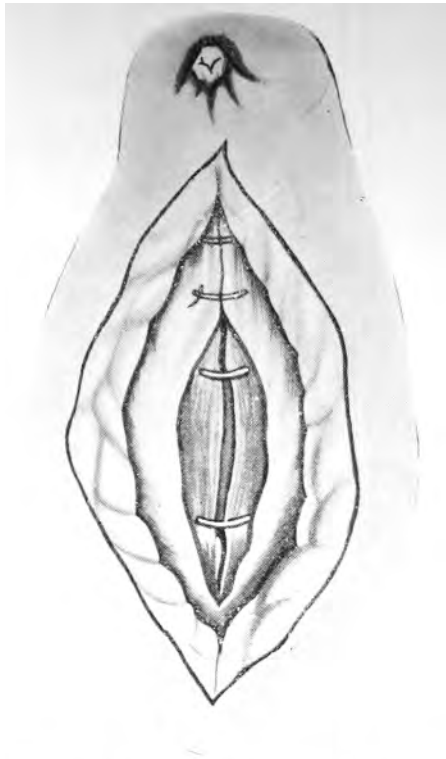


Fig. 21. — Laparotomie mediană. Reconstituirea planului musculo-aponevrotic cu fire separate: catgut la mușchii drepți, nylon la aponevroză.

Firul sau firele cele mai importante sînt cele de la unghiul superior al plăgii. Pentru aceasta este nevoie ca ajutorul să expună bine unghiul cutaneo-adipos cu depărtătoarele Farabeuf. Trecerea firului se face cu un ac curb puternic. Primele fire aplicate orientează marginile aponevrozei pentru restul suturii, ajutorul trăgînd de capetele ultimului fir înnodat. Nu este nevoie, decît în mod excepţional, să se aplice pense Kocher pe aponevroză. Ele lasă ţesuturi zdrobite, a căror resorbţie agravează evoluţia postoperatorie. Sutura începută la unghiul superior se opreşte în treimea inferioară a plăgii, fiindcă « nu se termină niciodată o sutură într-un unghi». Sutura aponevrozei din treimea inferioară se începe de la unghiul inferior. Ajutorul îşi mută depărtătoarele Farabeuf, deschizînd unghiul cutaneo-adipos. Firele de sutură se trec etajate, de jos în sus, pînă se depăşeşte unghiul cutaneo-adipos. Primul şi al doilea fir prind şi din marginea drepţilor, care la acest nivel sînt subţiri, tăioase, precum şi din ţesutul grăsos prevezical, pentru a reduce spaţiul mort. Se controlează integritatea suturii şi se taie firele.

Sutura aponevrozei cu puncte separate se poate face şi ca în fig. 22-A şi B; cînd se strînge firul şi se înnoadă, se formează două sau trei bucle de apropiere. Se foloseşte cînd aponevroza este săracă şi aderentă, cînd se face şi hemo- stază concomitentă, sau pentru economie de timp. Sutura este ischemiantă, mai ales cea cu-trei bucle, putînd produce necroze, cu consecinţe defavorabile în procesul de cicatrizare.

După ce s-a refăcut planul aponevrotic, se spală din nou plaga cu ser fiziologic şi se recontrolează hemostaza, după care se trece la sutura planului cutaneo-adipos.

Sutura pielii. Aceasta se face independent, de la început, sau după ce în prealabil, s-a apropiat stratul adipos cu cîteva fire de catgut 00.

Pentru aceasta se îndepărtează cîmpurile de izolare şi se face toaleta externă a plăgii: cu o compresă umedă se inlătură resturile de sînge de pe tegumentele adiacente inciziei şi se badijonează pielea cu iod sau alcool, avînd grijă ca soluţia de iod să nu pătrundă în plagă.

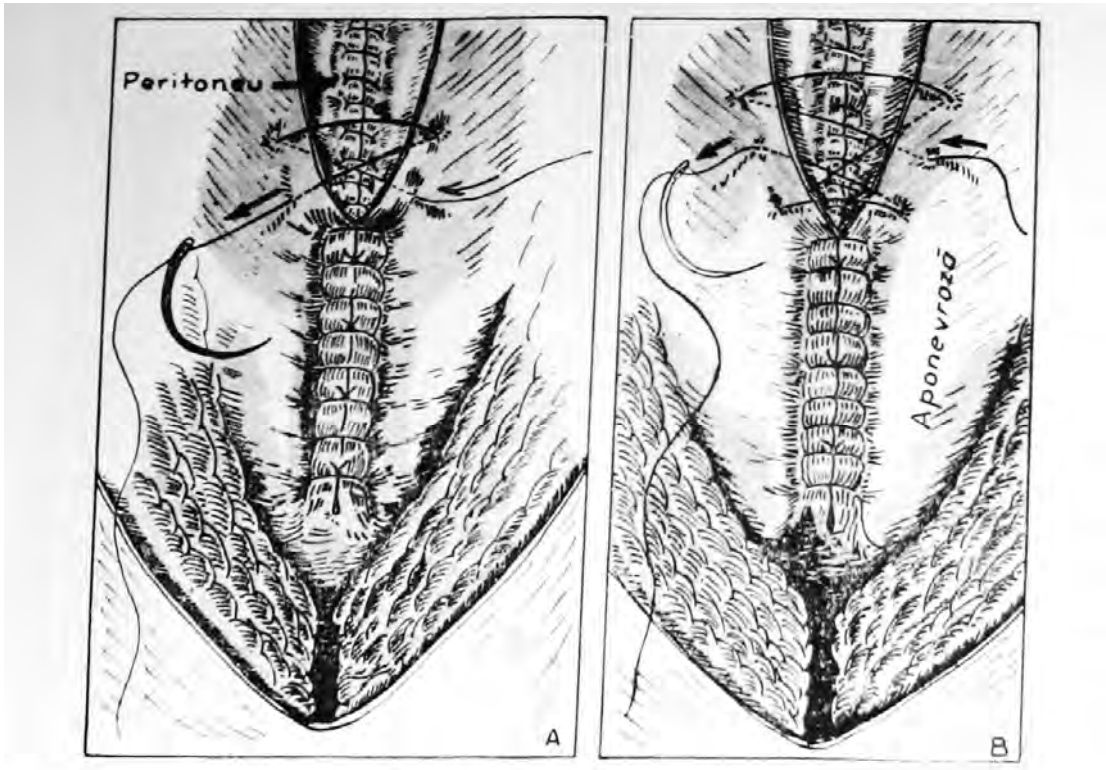


Fig. 22. — Sutura aponevrozei

A, modul cum se trece acul pentru sutura cu 2 bucle. B, modul cum se trece acul pentru sutura [illegible]

Firele de catgut, cu care se apropie stratul adipos subcutanat, se înnoadă în sensul inciziei şi nu transversal. Acest artificiu de tehnică orientează suprafeţele dermului, oferindu-le unei bune afrontări la sutura pielii.

Sutura pielii se face în diferite moduri. Esenţial este să se realizeze o coap- tare perfectă, derm la derm, a marginilor inciziei. Se folosesc pentru aceasta: agrafe metalice, fire de aţă sau de nylon, ac potrivit şi două pense de disecţie cu dinţi pentru afrontare. Sutura se începe de sus în jos şi firele sau agrafele se plasează la distanţa de 1 cm. Agrafele se aplică «muşcînd» linia de incizie; ele sînt şi hemostatice. Firele se aplică, frecvent, separate şi se strîng pe laturile inciziei ca în fig. 23; pentru rapiditatea suturii se poate folosi şi firul continuu, care poate fi trecut fie ca în fig. 24, fie ca în fig. 25, fie clasic, neîntrerupt, fie întrerupt, ca în fig. 26 A şi B.

Maniera de a trece firul ca în fig. 24 realizează, cînd se strînge, şi afron- tarea marginilor. Această manieră se poate folosi şi pentru punctele separate(punctul Mac Donalti). Maniera de a se trece firul ca în fig. 25 se execută astfel: acul (ac drept) înţeapă pielea perpendicular la 3 mm de incizie şi se scoate vîrful exact sub derm; se înţeapă marginea opusă tot sub derm şi se scoate vîrful la 3 mm, la piele; se continuă sutura cu înţepături la 8 mm distanţă, succesive, stînga-dreapta, dreapta-stînga; după fiecare 3—4 bucle, se strînge firul, fără să încreţească pielea; la sfîrşit, firul se înnoadă obişnuit; firul se scoate după 10 zile; după ce se taie nodul buclele se destramă cu o andrea de croşetat şi firul se taie la fiecare 3—4 cm. Sutura cu surjet clasic are avantajul că se execută rapid. Suturile ca în fig. 25 şi cu surjet întrerupt (fig. 26-B) au avantajul de a fi şi hemostatice.

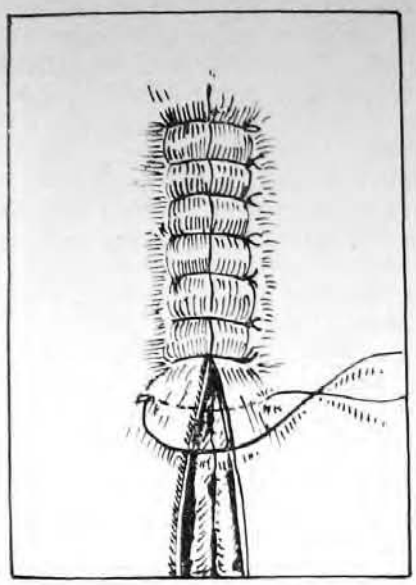


Fig. 23. — Laparotomie mediană. Sutura pielii. Modul cum se trec și se înnoadă firele separate. (După Te Linde).

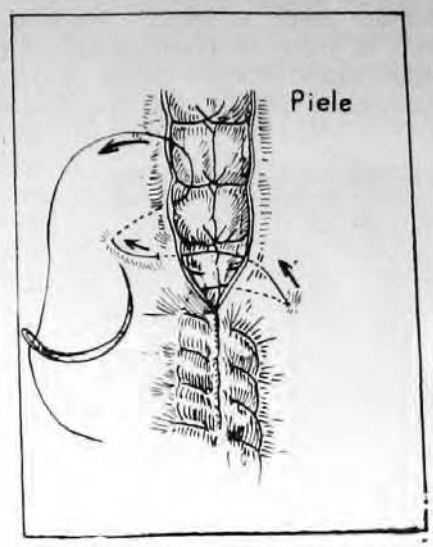


Fig. 24. — Laparotomie mediană. Sutura pielii. Felul cum se trece surjetul care realizează în același timp și afrontarea marginilor (după Te Linde).

Fig. 25. — Laparotomie mediană. Sutura pielii cu fir continuu (după Robert).

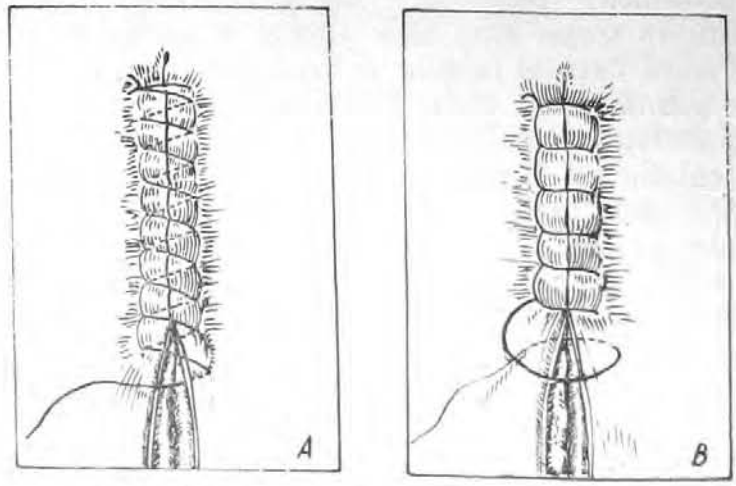


Fig. 26. — Laparotomie mediană. Sutura pielii: *A*: modul cum se trece firul neîntrerupt, *B*: modul cum se trece firul întrerupt (după Te Linde).

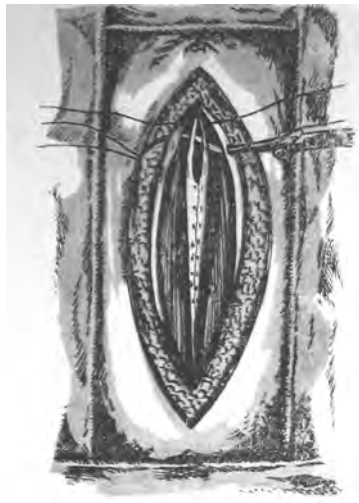


Fig. 27. — Laparotomie mediană. Sutura peretelui abdominal în două planuri anatomice: planul peritoneo-aponevrotic.

R e fa cerea pielii fără sutură. Aceasta se poate realiza la femeile slabe şi la care sutura stratului subcutanat, cu ligaturile strînse în sens longitudinal, a adus marginile inciziei faţă în faţă. Pentru afrontare se aplică de sus în jos, pense Kocher cu muşcătura mică, la 1 cm una de alta; după cîteva momente de aşteptare, se scot pensele, începînd cu prima, se acoperă simfiza cutanată realizată, cu un vernix adeziv (mastisol) peste care se pune o compresă şi nu se umblă la pansament mai devreme de o săptămînă.

Sutura peretelui în două straturi. Aceasta se face prinzînd marginile peritoneului şi marginile aponevrozei în acelaşi fir de sutură. Se folosesc întotdeauna fire neresorbabile (nylon) şi care se aplică, separate, etajate de sus în jos. Acul trece dinspre operator spre ajutor, prinzînd aponevroză — peritoneu — peritoneu — aponevroză (fig. 27). Cînd se leagă firul se reconstituie într-un singur strat linia albă şi în acelaşi timp şi teaca drepţilor abdominali. Pentru unghiul inferior se iau aceleaşi măsuri ca la sutura în trei planuri. Este o sutură solidă, motiv pentru care se indică la femeile cu peretele gros, sîngerînd, şi în laparotomiile iterative. O variantă de sutură în două planuri este şi procedeul din fig. 28; peritoneul se închide separat şi pielea cu aponevroza împreună; acul trece prin tegumente-aponevroză -> aponevroză-tegumente; nodul se leagă lateral, firul trecut printr-un tub de cauciuc; în acelaşi scop se pot pune şi fire în 8: acul trece prin aponevroză, prinde aponevroza opusă şi este scos prin stratul grăsos şi piele, la 5 milimetri de incizie, de partea operatorului; se schimbă acul cu capătul rămas liber al firului şi se trece simetric, prin grăsimea şi pielea opusă, tot la 5 milimetri de incizie. Punctele în 8 se pun rare, 3—4 în total, iar spaţiile dintre ele se suturează obişnuit. Cu aceste procedee sutura capătă soliditate, dar cicatricea rămîne inestetică.

Sutura peretelui în t r -un strat. Acest gen de sutură se foloseşte rar. Este indicată la cazurile grave, la care este necesar ca operaţia să se termine cît mai repede, în reintervenţii şi în eventraţii. Suturile sînt separate, la 1 cm una de alta şi firele de sutură sînt numai neresorbabile (nylon, aţă groasă, argint). Sutura se începe de sus în jos şi acul (ac gros cu curbură mare) pătrunde prin tegument, ţesut subcutanat, aponevroză, peritoneu (uneori şi muşchi), şi iese de partea opusă, simetric, încărcînd aceleaşi planuri anatomice (peritoneu, aponevroză şi piele). Punctele de sutură se trec succesiv şi capetele se lasă libere, armate pe pense. Legarea firelor se începe de sus în jos, operatorul controlînd cu indexul introdus în abdomen, la fiecare ligatură, să nu fie agăţat epiploonul sau intestinele. Firele se leagă strîns şi este bine ca înainte de a se face primul nod să se tragă de capetele firului puternic în sus, cu o mişcare de hăţuire a capetelor, modalitate prin care se distanţează peretele de ansele intestinale, se apropie marginile şi se orînduiesc planurile anatomice. Dacă peretele abdominal este tare şi marginile nu se lasă aduse cu uşurinţă, pentru ca firul de legat să nu rupă sau să se rupă, se foloseşte următorul mod de legare a firelor: operatorul şi ajutorul apucă fiecare, de capetele firelor pe care urmează să le lege şi amîndoi trag puternic de ele, hă- ţuindu-le, pînă cînd pereţii se apropie. Ajutorul apucă întotdeauna de capetele firului plasat imediat deasupra firului apucat de operator, în timp ce operatorul ţine sub tensiune firul, ajutorul înnoadă complet pe al lui, după care operatorul îl leagă pe al său, şi aşa mai departe. | Manevra aceasta este folositoare cu precădere, la aplicarea firelor din unghiul superior al plăgii şi este de mare ajutor şi cînd se coase peritoneul cu aponevroza, la sutura în două planuri.

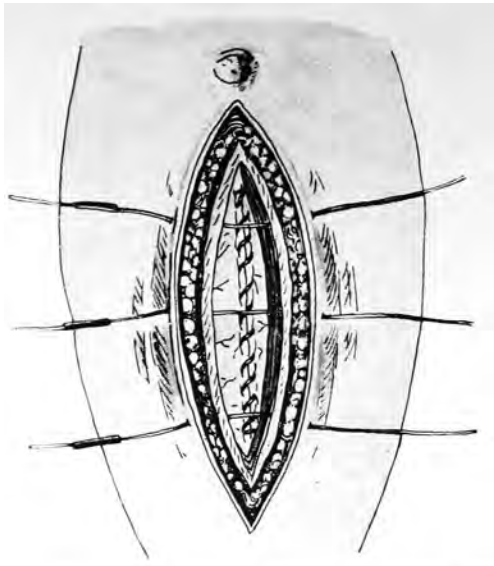


Fig. 28. — Laparotomie mediană. Sutura peretelui abdominal în două planuri anatomice: planul cutaneo-aponevrotic.

Sutura peretelui abdominal cu suluri compresive. Se recurge la acest procedeu la femeile grase, la bătrîne, la acelea la care se prevede o evoluţie postoperatorie dificilă, precum şi în scop hemostatic. Se realizează astfel: se trece cu acul un fir dublu de nylon gros prin tegumente (la 3 cm de marginile inciziei), ţesutul adipos subcutanat, aponevroză şi se scoate simetric de partea opusă şi capetele firelor se armează pe pense. Se suturează obişnuit linia de incizie cutanată, după care, în deschiderea formată de firele duble, se introduc, de fiecare parte, suluri, confecţionate din comprese, lungi de 15 cm şi groase de 4 cm, şi se înnoadă capetele ca în fig. 29. Legarea firelor o face operatorul, începînd cu cel de la mijloc, în timp ce ajutorul menţine sulurile paralele cu incizia. Se aplică, în acest scop, în general, 3—4 asemenea fire, duble. Firele se strîng bine dar nu ischemiant. în timp ce se înnoadă firele, se observă culoarea pielii dintre suluri.

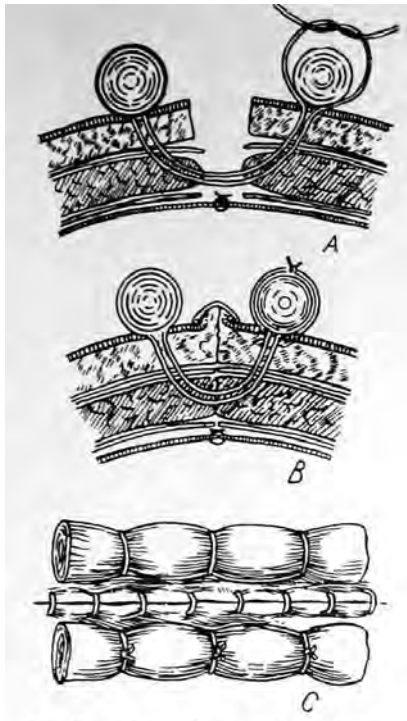


Fig. 29. — Laparotomie mediană. Sutură peretelui abdominal în două straturi pe suluri compresive:

A — Modul cum se trece firul dublu prin piele şi aponevroză şi cum se plasează sulurile în buclele acestuia. *B* — Firul se strînge pe suluri numai după ce s-a sutural pielea. *C* — Sutura terminată.

Avantajul acestui sistem este că se poate urmări, în zilele următoare, evoluţia cicatricei şi dacă sînt semne locale de ischemie, se suprimă sulurile înainte de a se produce necroza tegumentelor. Sulurile se lasă 5—7 zile. După această dată, dispărînd edemul ţesuturilor din zona cicatricei, firele se lărgesc şi suturile nu-şi mai au rostul. Sistemul este solid, face să dispară spaţiile moarte, evitînd hematoamele.

Acest sistem cu suluri se poate folosi şi la închiderea peretelui în două planuri (varianta aponevroză-tegumente împreună), înainte ca să se lege firele de sutură ca în fig. 28, se trec şi 3 fire duble de nylon, la distanţă de 4 cm unul de altul, care prind şi

marginile aponevrozei; capetele se scot la distanţă de linia de incizie iar sulurile se aplică şi se leagă după ce s-a terminat legarea primului set de fire care asigură afron- tarea inciziei.

închiderea peretelui cu drenaj. Drenajul este de două feluri: al cavităţii abdominale sau al suturii parietale.

a) Drenajul cavităţii abdominale se face cu tub, lamă cauciu- cată ondulată, uneori meşă sau Mikulicz. Tradiţional, acestea se scot suprapubian, prin incizia mediană, niciodată prin unghiul inferior, ci la 2—3 cm deasupra acestuia. Tubul de dren, din material plastic, este cel mai des folosit şi cu aspiraţie. Dezavantajele drenajului prin incizia operatorie sînt multiple: expune la supuraţii locale, dezunire, eventraţii şi cicatrice vicioase.

Tehnica. Se introduce tubul de dren în zona indicată; în capătul exterior al tubului se introduce o pensă Pean care înclină tubul şi-1 menţine deasupra simlizei ; se suturează peretele abdominal plan | cu plan, sau în două planuri, după procedeele descrise mai sus; sutura peritoneului se opreşte la nivelul tubului; sutura aponevrozei ajunge pînă la nivelul tubului şi se continuă dincolo de tub, pînă la simfiză; peste tot se folosesc fire de nylon cu excepţia firelor adiacente tubului care sînt din catgut gros; se suturează tegumentele cu fire subţiri de nylon, obişnuit; tubul se fixează la piele prin ligatură strînsă, circulară, sau prin transfixie, cu capetele firului cutanat, adiacent. La fel se procedează şi la drenajul cu meşă sau Mikulicz, cu excepţia că acestea nu se fixează la piele.

Majoritatea chirurgilor opiniază pentru exteriorizarea tubului prin contra- incizie (fig. 30).

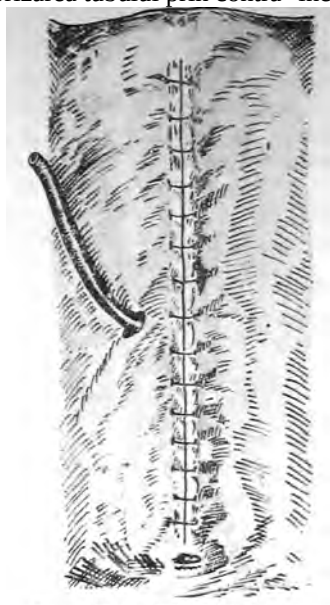


Fig. 30. — Laparotomie mediană. Modul cum se drenează cavitatea peritoneală cu tub exteriorizat la piele prin contraincizie.

Tehnica. Se îndepărtează cîmpul steril şi se antiseptizează pielea cu iod; cu mina stîngă se apucă peretele abdominal (policele în afară) şi cu mîna dreaptă se face o incizie a pielii lungă de 2 cm prin care cu vîrful bisturiului se străpunge şi aponevroza; ajutorul introduce o pensă Kocher dreaptă din afară-înăuntru, în timp ce operatorul răstoarnă peretele abdominal expunînd peritoneul parietal şi locul unde apare vîrful pensei Kocher; ajutorul deschide pensa şi operatorul secţionează peritoneul parietal în gura pensei, eliberîndu-i capătul; operatorul oferă capătul tubului pe care ajutorul îl apucă cu pensa Kocher şi-1 extrage în afara tegumentelor; capătul tubului se lasă lung pentru montarea aspiraţiei; pielea se suturează cu 1-2 fire de nylon; tubul se fixează la piele cu aţă sau se transfixează cu un ac de siguranţă steril, razant cu pielea.

b) Drenajul plăgii operatorii. Acesta se referă numai la drenajul spaţiului subcutanat sau subaponevrotic şi se foloseşte la femeile grase sau la cazurile la care peretele sîngerează în suprafaţă. Drenajul se face cu scopul de a se evita seroamele şi hematoamele postoperatorii. Se folosesc, pentru aceasta, tuburi din plastic subţiri, cu multe găuri laterale, sau laniere de cauciuc. Acestea se aşază în patul supraaponevrotic, capătul exteriorizat la una din comisurile inciziei. Se pot drena, cu astfel de tuburi, ambele comisuri. Ele se extrag în a 2-a sau a 3-a zi de la operaţie.

Laparotomia iterativă.

Aceasta se execută mai greu, din cauza cicatricei, a modificărilor anatomice ale planurilor subiacente şi a aderenţelor intraperitoneale.

Cit ev a detalii de tehnică. Excizia cicatricei se face în felie de pepene, cu bisturiul. Desfacerea cicatricei de planul profund se face de sus în jos, cu bisturiul ţinut cît mai aproape de spatele cicatricei. Cicatricea poate fi excizată şi cu foarfecele, astfel: se aplică la extremităţi, pe piele sănătoasă, două pense Kocher, puternice; ajutorul trage de aceste pense şi cicatricea devine ca o muchie; operatorul aplică o pensă Kocher pe extremitatea superioară a cicatricei şi în timp ce trage de această pensă cu mîna stîngă, cu mîna dreaptă taie cu foarfeca, numai prin împingere, de sus în jos, pielea de sub cicatrice. Excizia este rapidă şi realizează o tăietură rectilinie, de ambele părţi.

Secţionarea aponevrozei. Se face o ţăncuşă cu bisturiul fără să avem pretenţia că ea se găseşte exact pe interstiţiu; se aplică imediat pense Kocher pe marginile aponevrozei, de tracţiune, după care cu foarfecele drept, închis, se decolează aponevroza de planul subiacent mai întîi în jos, apoi în sus; se secţionează linear porţiunile decolate, schimbînd poziţia penselor Kocher, după nevoie; se caută marginea internă a dreptului şi se decolează cu foarfecele curb; dacă această disecţie nu ajunge la interstiţiu, se

disociază cu foarfeca fibrele musculare în sens longitudinal şi cît mai aproape de linia mediană (repere: ombilicul şi comisura vulvară).

Secţionarea peritoneului se face cu mare grijă din cauza aderenţelor posibile subiacente (epiploon, anse intestinale, vezică); incizia se face în vecinătatea ombilicului; se prind marginile peritoneului cu pense Pean şi se lărgeşte breşa cu foarfecele, atît cît pot să intre unul sau două degete; se introduc degetele şi se controlează faţa internă a peritoneului după care se continuă deschiderea acestuia; este posibil ca epiploonul să fie foarte aderent la peritoneul parietal şi găsirea unui spaţiu de clivaj să întîmpine mari dificultăţi. în această eventualitate, nu se disecă în jos şi nici lateral, ci numai median şi cît mai aproape de ombilic, la nevoie prelungind paraombilical, incizia cutanată.

Închiderea peretelui se face cu evidenţierea perfectă a tuturor planurilor anatomice şi cu folosirea numai a materialului de sutură neresorbabil.

Îngrijiri postoperatorii. Se aplică peste pansament un sac de nisip, în primele 12—24 ore; mobilizare activă după 48 ore (coboară din pat); agrafele se înjumătăţesc în a 5-a zi şi restul se scot, în a 7-a zi; firele simple se scot în a 8-a zi; firul intradermic se suprimă în a 10-a zi.

CELIOTOMIA PRIN INCIZIE TRANSVERSALĂ SUPRAPUBIANĂ

I. INCIZIA RAPIN-KUSTNER

Se secţionează pielea transversal şi planul cutanat superior se decolează cît mai mult spre ombilic, după care se deschide aponevroza şi peritoneul pe linia albă (fig. 31).

Avantaje: execuţie rapidă. Din această cauză unii chirurgi o preferă în operaţiile cezariene.

Dezavantaje: decolarea întinsă a ţesutului celular subcutanat favorizează apariţia de hematoame.

2. INCIZIA BARDENHEUER-BASTIEN

Incizia pielii se face de la o spină iliacă la cealaltă (fig. 32), la un lat de palmă deasupra simfizei pubiene. Se incizează transversal aponevroza drepţilor şi în continuare aponevroza marelui oblic, fibrele musculare ale micului oblic şi ale transversului; se face imediat hemostaza ramurilor epigastricei; muşchii drepţi abdominali se separă pe index ca în fig. 31 C-3 şi se incizează transversal cu bisturiul; se deschide peritoneul, transversal, de o parte şi de alta, pornind de la linia mediană; la sfîrşitul operaţiei capetele muşchilor drepţi se suturează cu fire în U de catgut nr. 2, cîte 3 puncte pentru fiecare. Pastien secţionează sau dezinseră tendoanele drepţilor. Reinserţia lor se face cu suturi la periostul simfizei pubiene.

Avantaje: deschiderea largă a pelvisului.

Dezavantaje: riscul să se secţioneze arterele epigastrice, hematoame supurate prin defect de hemostază şi eventraţii.

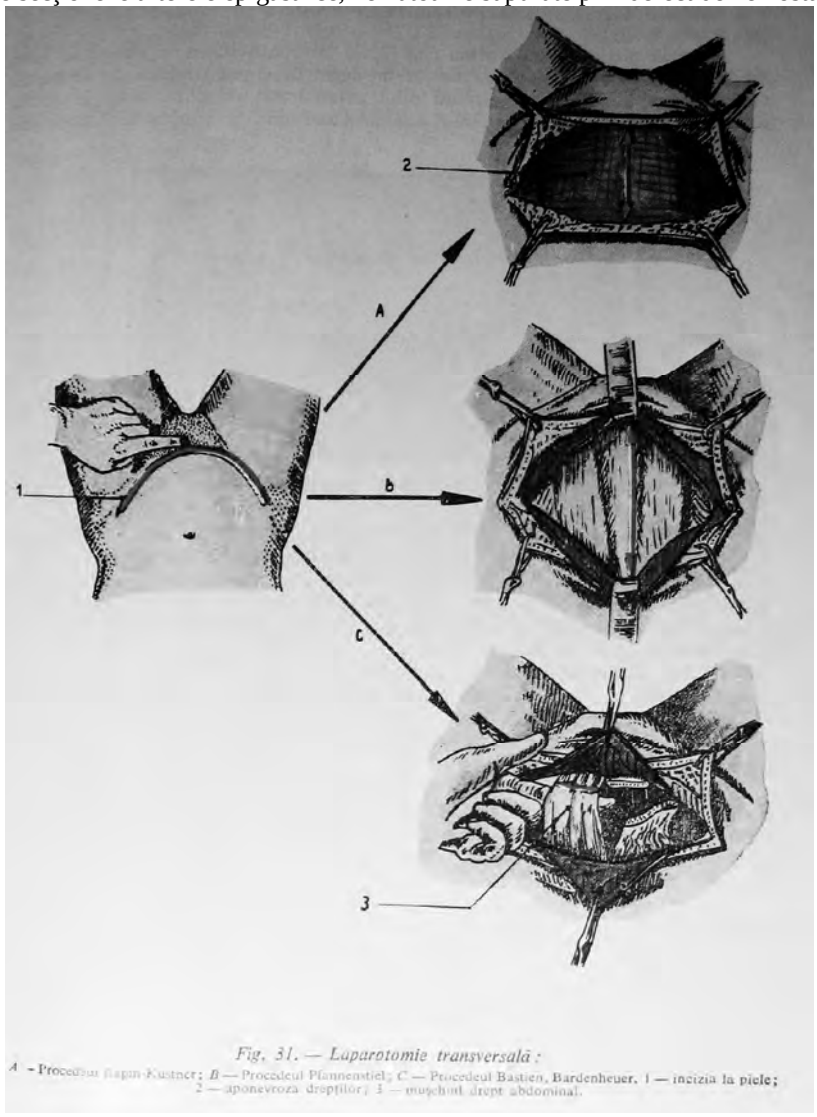


Fig. 31. — Laparotomie transversală:
A – Procedeul Rapin-Kustner; *B* — Procedeul Pfannenstiel; C — Procedeul Bastien, Bardenheuer. 1 — incizia la piele; 2 — aponevroza drepţilor; 3 — muşchiul drept abdominal.

3. INCIZIA PFANNENSTIEL

Incizia pielii este arciformă (fig. 31.1) cu concavitatea în sus şi se face, fie în plină zonă pilozitară, la un lat de deget deasupra simfizei, fie în partea superioară a acestei zone, urmînd pliul cutanat natural care există în partea inferioară a abdomenului (fig. 33). Caracterul anatomic al celiotomiei Pfannenstiel este că se secţionează transversal numai pielea, ţesutul celular subcutanat şi aponevroza, iar peritoneul se deschide longitudinal (fig. 31 B).

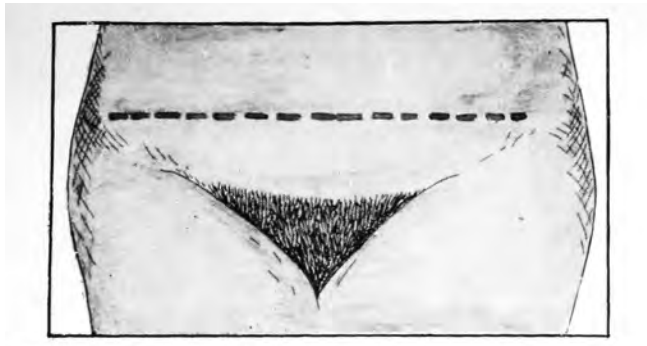


Fig. 32. — Laparotomia transversală. Incizia Bardenhauer — Bastien.

Indicaţii. Metoda Pfannenstiel are indicaţii foarte largi. Mai mult de jumătate din celiotomiile ginecologice se fac prin această incizie. Aburel are meritul de a o fi extins în practica chirurgiei ginecologice, mai ales la femeile tinere, aducîndu-i şi unele modificări tehnice.

Contraindicaţii: în abdomenul acut, în procesele inflamatorii macrole- zionale şi în tumorile pelvi-abdominale voluminoase.

Avantaje:

— este o incizie estetică, cicatricea rămînînd camuflată în pilozitatea pubiană;

— evită eventraţia postoperatorie datorită faptului că sutura peritoneului şi musculaturii se face longitudinal, în timp ce aponevroza şi tegumentele sînt suturate transversal. Se creează astfel două linii de sutură, perpendiculare una pe cealaltă, ceea ce împiedică formarea zonelor de minoră rezistenţă, oferind peretelui abdominal soliditate;

— respectă fiziologia planurilor anatomice prin păstrarea intactă a nutriţiei (vascularizaţiei) şi a sensibilităţii (inervaţiei) acestora;

— permite mobilizarea precoce a bolnavelor, chiar după operaţiile cele mai laborioase;

Dezavantaje. Acestea sînt: cîmpul operator mai redus; timpul operaţiei mai lung (la deschidere şi la închidere), hematoame simple sau supurate mai frecvente.

Pregătirea bolnavei şi a tegumentelor abdominale se face ca pentru oricc celiotomie ginecologică (vezi pg. 35).

Poziţia bolnavei este în decubit dorsal, cu uşoară flectare a toracelui şi a coapselor, de unde rezultă o bună relaxare musculară a peretelui abdominal (fig. 34-cartuş).

Poziţia chirurgului este la stînga bolnavei avînd ajutorul sau ajutoarele în faţa sa.

Alegerea locului inciziei se face după asepsia regiunii cu iod şi înainte de aşezarea cîmpurilor sterile. în raport cu indicaţia operatorie, cu vîrsta femeii şi cu morfologia peretelui abdominal se decide fie varianta joasă, la 1—2 laturi de deget deasupra simfizei (în operaţiile mai mici, care necesită un cîmp operator mai redus), fie varianta înaltă, de-a lungul pliului natural cutanat, în operaţiile care cer un cîmp operator mai larg (fig. 33).

Trasarea liniei de incizie se poate face cu un creion dermatograf ajutaţi de un compas metalic, înainte de antiseptizarea regiunii, pentru ca cele două capete ale inciziei să fie perfect simetrice faţă de linia mediană.

Cel mai simplu, marcajul liniei de incizie se face astfel: cu o pensă Kocher mijlocie se ciupeşte pielea în trei puncte, unul median, la 2—3 cm deasupra simfizei, în zona pilo- zitară, şi alte două laterale, unul în dreapta şi altul în stînga, la un centimetru mai sus de nivelul primului punct şi la egală distanţă de acesta, circa 6—7 cm de fiecare parte (se apreciază de la îmbucătura pensei Kocher, pînă la vîrful ei). Astfel, incizia va fi cu concavitatea în sus şi cea mai mare parte din cicatrice va rămîne camuflată în pilozitatea pubiană.

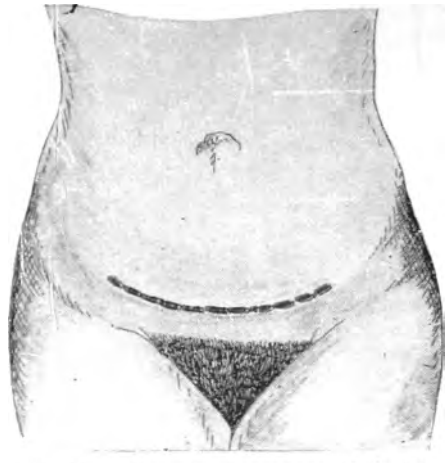


Fig. 33. — Laparotomie transversală. Incizia pielii de-a lungul pliului cutanat natural.

După ce se marchează linia de incizie, se aplică cîmpurile sterile. Acestea se fixează la piele, cu aţă, şi zona operatorie astfel delimitată se antiseptizează din nou cu soluţie de iod.

Tehnica Iaparotomiei Pfannenstiel. *Incizia pielii.* Se prind cu două pense Kocher tegumentele în dreptul celor două repere laterale; operatorul şi ajutorul trăgînd fiecare, în sens lateral, de aceste pense, se formează o plică a pielii ca în fig. 34; cu un bisturiu cu vîrful ascuţit şi orientat cu lama în sus, se secţionează această plică, de la o pensă la cealaltă (fig. 35); se scot pensele Kocher şi cu bisturiul se completează incizia ţesutului adipos pînă la aponevroză; venele aparente se secţionează între două pense; se procedează la hemostază, cu minuţiozitate, fie prin ligaturi cu catgut subţire, fie prin electrocoagulare pe pensă. Hemoragia, venoasă şi arterială,

este dată de ramuri din ruşinoasele externe şi din epigastrice. Hemoragia est • cu atît mai abundentă cu cît incizia este mai aproape de simfiza pubiană. Dup efectuarea hemostazei se izolează incizia de restul tegumentelor, cu cîmpuri mici, care se fixează cu aţă, la grăsimea subdermică, cîte trei puncte de fiecare latură. Astfel se realizează o dublă izolare a cîmpului operator. în profunzime se vede aponevroza de culoare albicioasă.

Incizia aponevrozei se face tot transversal, dar la cel puţin 2—3 cm mai sus decît nivelul inciziei cutanate, pentru ca la refacerea peretelui, cele două planuri de sutură, ale pielii şi ale aponevrozei, să nu se suprapună (fig. 36). Pentru aceasta se decolează lamboul cutanat superior şi nivelul inciziei aponevrotice se apreciază aplicînd trei laturi de deget deasupra simfizei, ca în fig. 37. Se face, cu foar- feca, cu bisturiul, sau cu bisturiul electric, o incizie transversală, mediană (fig. 38) a aponevrozei şi se aplică pense Kocher, una pe buza superioară, alta pe buza inferioară; prin această butonieră se pătrunde cu foarfecele bont şi prin mişcări de închidere şi deschidere a foarfecelui se desfac aderenţele laxe musculo- aponevrotice de partea dreaptă; această decolare a aponevrozei se poate face introducînd indexul, de o parte şi de alta, după ce butoniera a fost lărgită cu foarfecele; se secţionează aponevroza cu foarfecele sau cu bisturiul electric în direcţia spinelor iliace antero-superioare, urmînd o linie uşor îndreptată spre flancuri; colţurile inciziei cutanate sînt îndepărtate de către ajutor cu două depăr- tătoare Farabeuf, astfel încît incizia aponevrozei să depăşească în lungime incizia tegumentelor; la extremităţile secţiunii, sub planul aponevrozei marelui oblic, apar fibrele musculare ale micului oblic şi ramificaţii, foarte mici, arteriale, din epigastrică; se disociază limitat, fibrele musculare ale micului oblic şi se liga- turează sau se electrocoagulează imediat, eventualele vase deschise. Aceeaşi tehnică se foloseşte şi de partea stingă. Singurul risc important în executarea acestui timp al operaţiei este secţionarea arterei epigastrice, care prin retracţia ei imediată, creează dificultăţi de hemostază. Al doilea incident posibil este deschiderea accidentală a peritoneului parietal, cînd acesta este aderent, eventualitate în care se închide breşa peritoneală imediat, cu un fir de catgut. Urmează decolarea lambourilor aponevrotice secţionate.

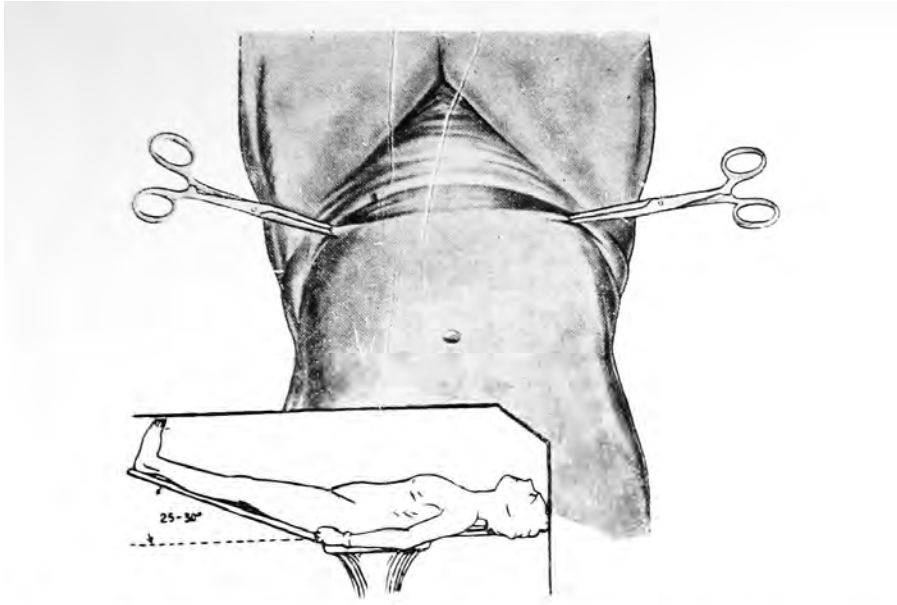


Fig. 34. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se pregăteşte cu două pense Kocher pliul cutanat de-a lungul căruia se va face incizia.
În carus : poziția bolnavei.

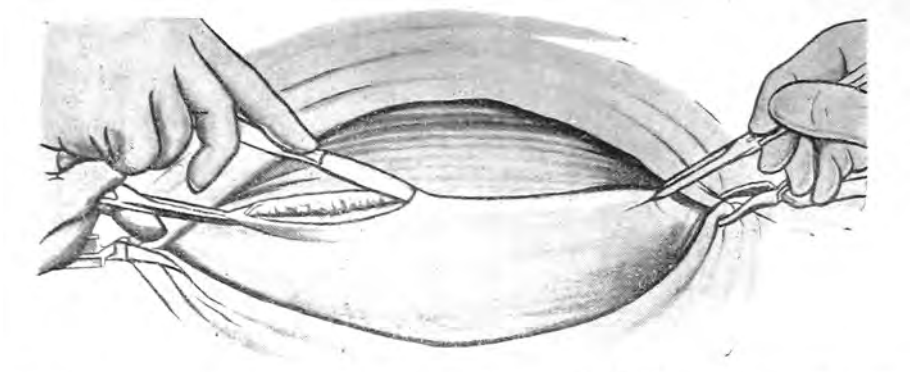


Fig. 35. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se execută incizia pielii cu bisturiul, orientat cu lama în sus, de-a lungul pliului format de tracțiunea celor două pense Kocher aplicate la extremități.

Decolarea lambourilor aponevrotice. Se începe cu lamboul superior; se aplică o pensă Kocher puternică, pe marginea lamboului superior, exact pe linia mediană, de care se trage în sus şi spre ombilic, în timp ce cu două degete, ca în fig. 39, încălecate pe rafeul median se desface spaţiul de clivaj musculo-apone- vrotic; se completează secţionarea rafeului median, pînă aproape de ombilic, cu foarfeca (fig. 39-cartuş); se completează decolarea laterală cu compresă.

Decolarea lamboului inferior se face în acelaşi mod: se aplică o pensă Kocher pe marginea lamboului aponevrotic, pe linia mediană şi se trage de aceasta în sus şi spre simfiză, răsturnînd lamboul de care sînt ataşaţi şi muşchii piramidali; cu două degete se încalecă rafeul median şi combinînd tracţiunea cu decolarea se desprind piramidalii de pe drepţii abdominali, pînă la simfiză (fig. 40); parte din rafeul median, care nu cedează, se secţionează cu foarfecele; cu ajutorul unei comprese se completează decolarea aponevrozei de pe suprafaţa drepţilor abdominali, de o parte şi de alta.

Executată în acest mod, decolarea lambourilor este uşoară, rapidă şi foarte puţin sîngerîndă; micile vase perforante din epigastrica inferioară se leagă imediat «la mînă», pe pensă, cu fire trecute cu acul, sau cu electrocauterul; pediculii vasculo-nervoşi care apar, la decolarea lamboului superior, ca nişte fire de telegraf se menajează, pe cît se poate. Păstrarea cît mai intactă a vaselor şi nervilor perfo- ranţi evită tulburările tardive de sensibilitate la nivelul peretelui abdominal.

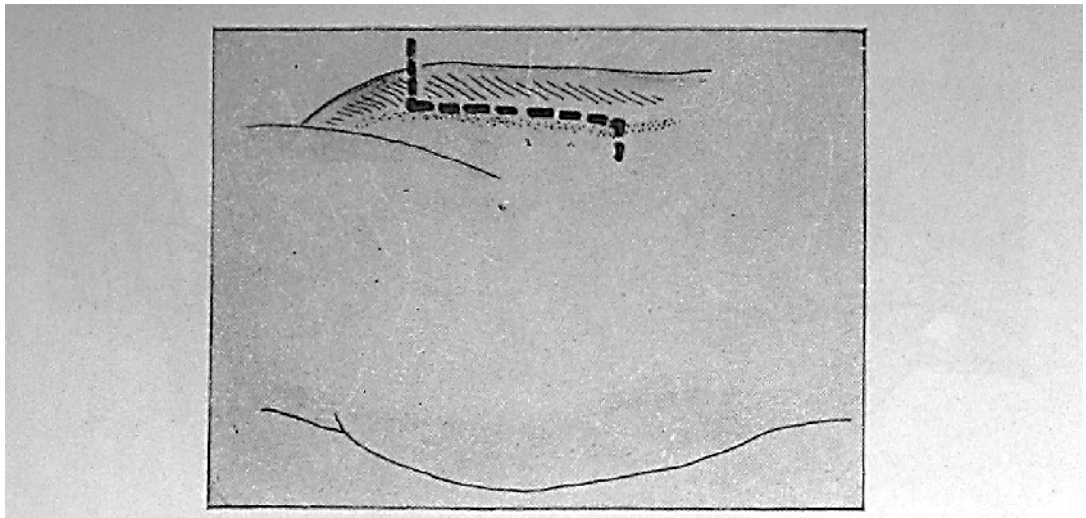


Fig. 36. — Laparotomie transversală Pfannenstiel. Incizia aponevrozei se face la 2—3 cm mai sus de nivelul la care s-a făcut incizia pielii.

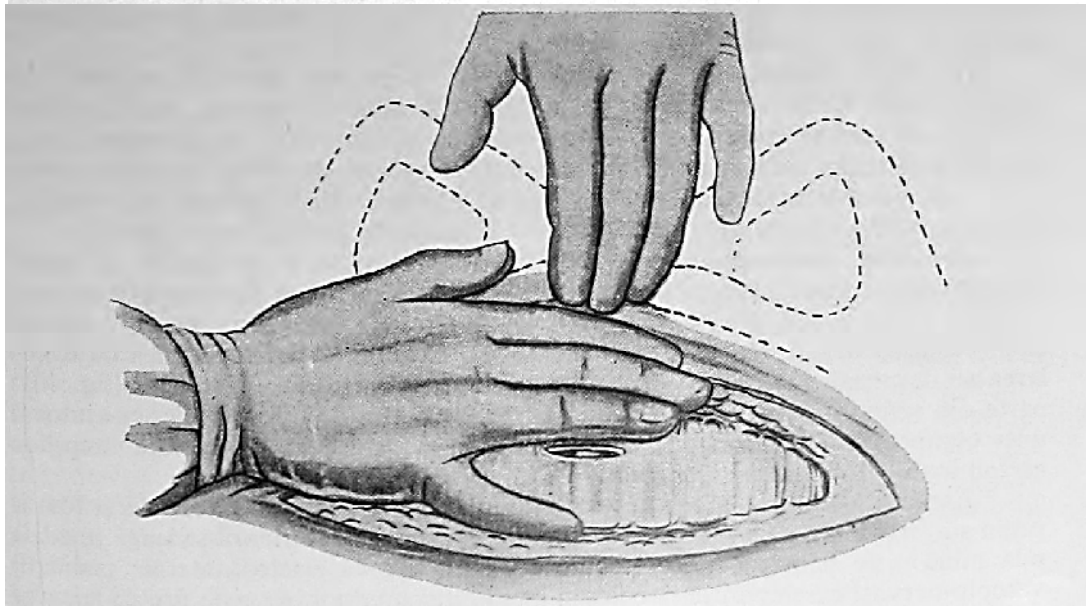


Fig. 37. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se apreciază distanţa faţă de simfiza pubiană, la care se face incizia aponevrozei.

După terminarea decolării lambourilor aponevrotice, apare planul muşchilor drepţi abdominali, denudaţi, de la ombilic pînă la simfiză.

Manevra de lărgire a cîmpului operator se face astfel: ajutorul aplică ambele mîini ca în fig. 41 şi îndepărtează prin tracţiune excentrică ambele lambouri aponevrotice decolate, această manevră deschide unghiurile inciziei şi oferă posibilitatea operatorului să secţioneze cu foarfecele, mult sub nivelul inciziei cutanate, aponevroza marelui oblic şi micul oblic.

Desfacerea rafeului median şi separarea muşchilor drepţi abdominali se face cu foarfecele, longitudinal, de sus în jos. Această desfacere se poate face şi digital cu indexul de la ambele mîini, trăgînd excentric, în sens longitudinal. După desfacerea liniei albe, apare dedesubt grăsimea preperitoneală.

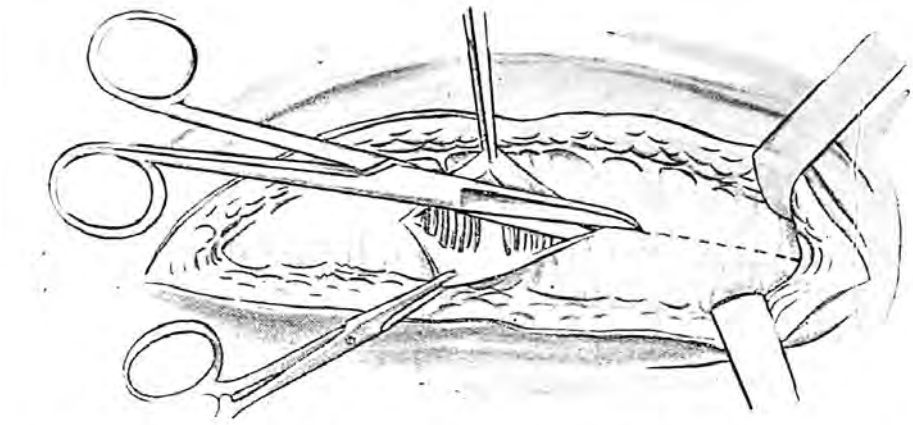


Fig. 38. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se secţionează aponevroza peretelui abdominal cu foarfecele drept, poziţia penselor Kocher şi a depărtătoarelor Farabeuf.

Pentru ca, după decolarea lambourilor aponevrotice, întreaga suprafaţă musculară să rămînă la vedere, respectiv să nu jeneze lamboul superior, pensa Kocher care a servit la decolarea acestuia se lasă prinsă, pe linia mediană şi de unul din cele două inele digitale ale ei se ataşează histerolabul care prelungeşte lungimea acestei pense spre extremitatea craniană a bolnavei; se ataşează la histerolab un lanţ metalic, lung de circa 50 cm, care se trece peste umărul drept al bolnavei şi la a cărui extremitate se atîrnă o greutate metalică de 500 grame. Acest dispozitiv menţine în permanenţă, rabatat, laboul aponevrotic superior, uşurînd manevrele chirurgicale de deschidere a peritoneului. La închiderea peretelui, se mută pensa Kocher de pe aponevroză pe ţesutul grăsos al lamboului cutanat superior şi se suprimă definitiv în momentul cînd începe sutura pielii.

Deschiderea cavităţii peritoneale. După secţiunea stratului adipos prepe- ritoneal se prinde cu pensa anatomică cu gheare peritoneul şi se face o butonieră cu bisturiul ca în fig. 42; se aplică pe fiecare margine a peritoneului cîte o pensă Pean; cu foarfecele drept se secţionează peritoneul, longitudinal, întîi în jos, pînă la vezică, apoi în sus, pînă la ombilic, cu aceleaşi precauţiuni şi gesturi descrise la celiotomia mediană (vezi fig. 12, 13 şi 14). în partea inferioară, se disociază cu foarfecele fascia transversală înainte de a se definitiva secţionarea peritoneului. Secţiunea peritoneului se opreşte în momentul cînd devine sîngerîndă, semn că sîntem aproape de fundul vezicii urinare. Dacă fundul vezicii este sus situat, dirijăm secţiunea peritoneului pe laturile ei, în dreapta sau în stîngă, privind «în zare» zonele avasculare. Se face imediat hemostaza vaselor deschise din vecinătatea peretelui vezical. Pentru partea superioară, ajutorul şi operatorul îndepărtează cu indexul planul muscular şi peritoneul se secţionează cu foarfecele sau cu bisturiul, pînă la ombilic lamboul superior aponevrotic fiind răsturnat şi fixat în această situaţie de pensa Kocher şi dispozitivul cu greutate descris mai sus.

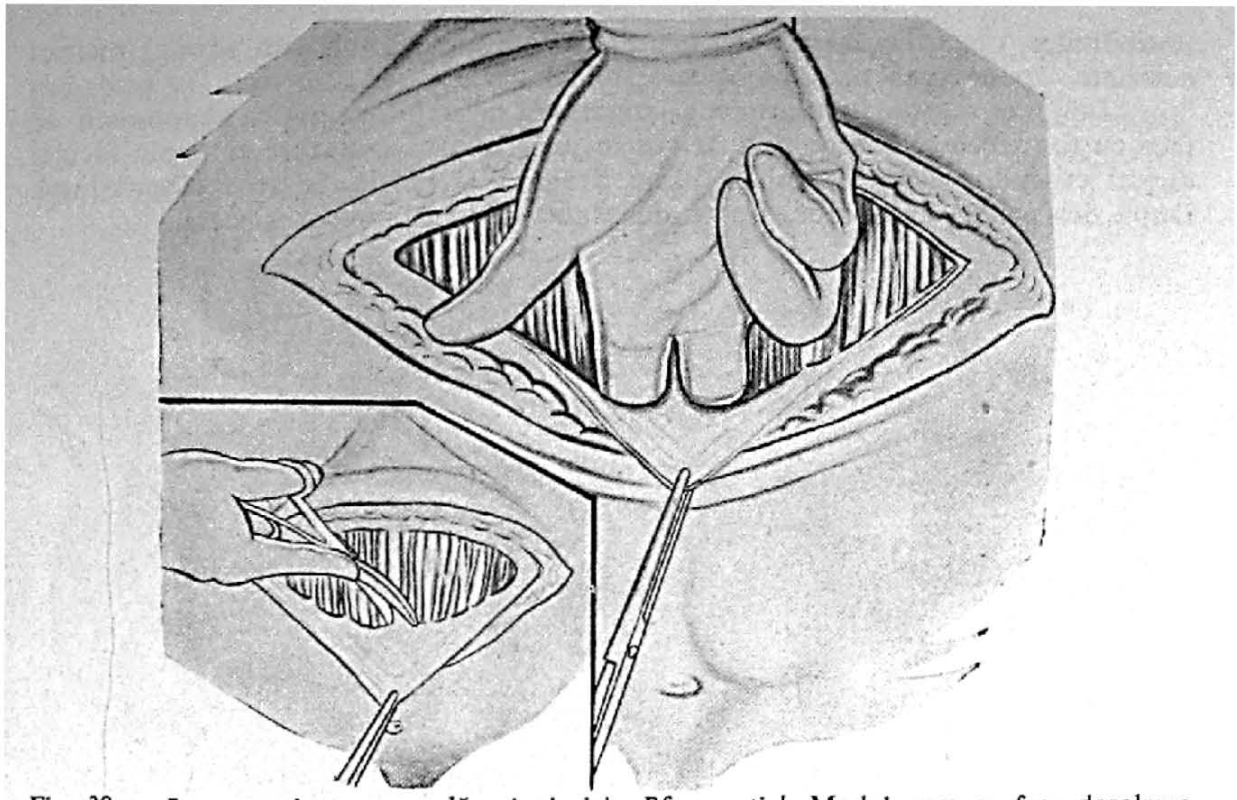


Fig. 39. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se face decolarea digitală a lamboului superior al aponevrozei.

În cartuș: modul cum se secționează cu foarfecele curb țesutul fibros al liniei albe.

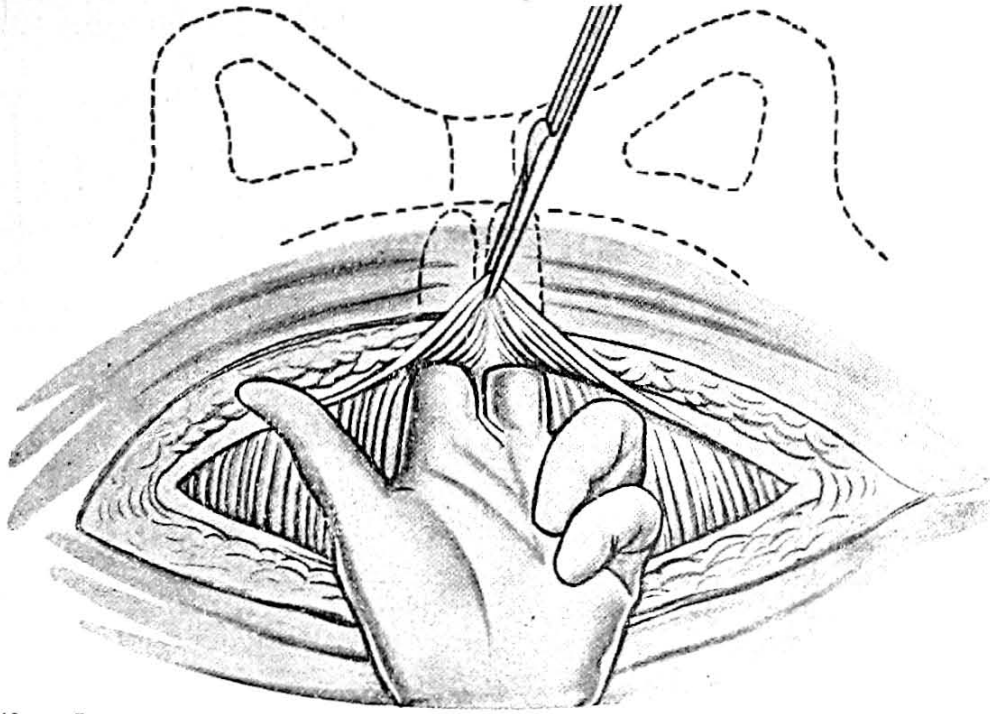


Fig. 40. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se face decolarea digitală a lamboului inferior al aponevrozei. Mușchii piramidali rămîn atașați la aponevroza peretelui abdominal.

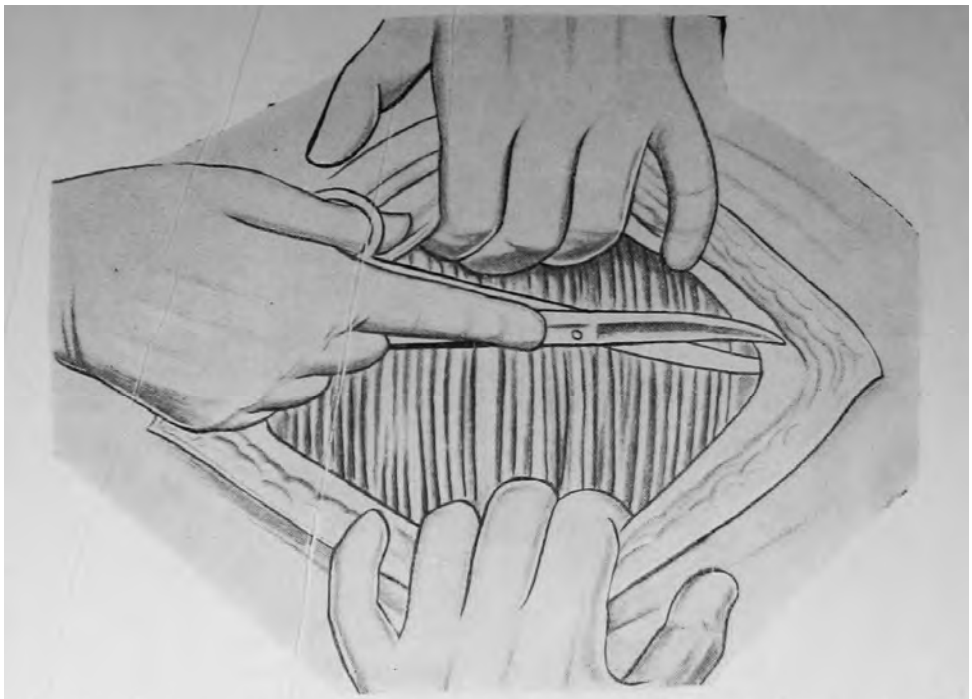


Fig. 41. — Laparotomia transversală prin incizie Pfannenstiel. Manevra de lărgire a cîmpului operator (Aburel). Modul cum ajutorul pune sub tensiune unghiurile inciziei cutaneo-aponevrotice şi modul cum operatorul completează « după dorinţă » secţionarea aponevrozei.

Se aplică două depărtătoare, unul cu deschidere în sens lateral, altul cu deschidere în sens longitudinal (fig. 43) după care se ridică ansele intestinale şi se izolează cu cîmpuri moi, umede. Din acest moment pelvisul este expus în întregime pentru inventarierea şi executarea operaţiei propuse.

Închiderea peretelui se face prin reconstituirea separată a tuturor planurilor anatomice.

Sutura peritoneului se face fie cu surjet de catgut nr. 1, fie cu puncte separate de nylon fin; sînt de preferat acele sertisate. Pentru efectuarea acestui plan de sutură, se demarchează mai întîi marginile peritoneului cu pense Pean şi cu o pensă Kocher dreaptă, unghiul juxta-ombilical; pe locul fixat de această pensă sau folosind apăsarea drepţilor cu indexul ca în fig. 44, se aplică un punct de sutură separat, care prinde peritoneul şi muşchii drepţi împreună. La acest nivel peritoneul parietal este aderent la faţa posterioară a drepţilor şi sutura lui independentă este imposibilă. In rest sutura se face cu uşurinţă, plnă la unghiul inferior, apucînd marginile peritoneului cu pensa anatomică cu dinţi şi avînd grijă ca în momentul strîngerii firului să se afronteze două suprafeţe peritoneale. Pentru realizarea acestei afrontări se pot folosi şi puncte în U.

Sutura muşchilor drepţi abdominali se face cu puncte separate de catgut nr. 1 ca în fig. 45, după care se recontrolează hemostaza. Firele aplicate nu se strîng prea tare.

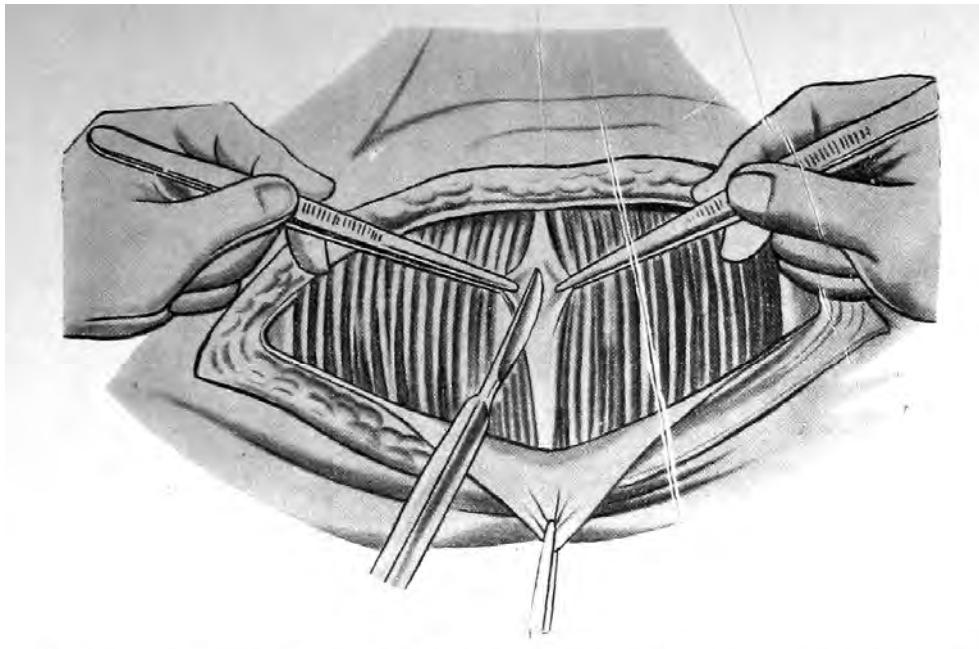


Fig. 42. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se apucă peritoneul cu pensele de disecţie şi cum se incizează cu bisturiul.

Sutura planului aponevrotic se face cu puncte separate de catgut, de preferat catgut cromat, sau cu fire de nylon gros. Se începe cu unghiul drept, unde se aplică unul sau două puncte de sutură, după care se face acelaşi lucru la unghiul stîng; capetele firelor se păstrează pe pense; acul de sutură încarcă de fiecare parte, atît aponevroza oblicului mare cît şi aponevroza sau fibrele musculare ale oblicului mic; firele se strîng puternic. La aplicarea acestor puncte de sutură, ajutorul expune bine zona anatomică, îndepărtînd marginile inciziei cutanate cu două depărtătoare Farabeuf. în continuare, se suprimă dispozitivul de tracţiune de pe lamboul aponevrotic superior şi se completează sutura planului aponevrotic, avînd grijă ca atunci cînd se ajunge la marginea externă a drepţilor, firul de sutură să încarce şi această margine. Această măsură evită formarea punctelor herniare. La persoanele cu peretele abdominal slab, firele de nylon se aplică ranversate, astfel ca nodurile să rămînă sub aponevroză. în acest scop acul se trece la marginea inferioară a aponevrozei, dinăuntru — înafară, iar la marginea superioară a aponevrozei, dinafară — înăuntru. Se controlează din nou hemostaza, şi se îndepărtează cîmpurile moi de izolare; plaga în totalitate se spală cu ser fiziologic călduţ, pentru îndepărtarea microcheagurilor. Fiindcă firele marelui oblic nu sînt paralele cu ale micului oblic, pentru a nu se modifica fiziologia şi soliditatea peretelui abdominal, este de preferat să se reconstituie separat cele două planuri aponevrotice. în acest sens, se suturează cu fire separate de catgut micul oblic pînă la marginea externă a drepţilor, ca în fig. 46, după care se suturează aponevroza oblicului mare ca în fig. 47.

Fig. 43. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se aplică depărtătoarele autostatice Dartigues şi Collin.

Sutura planului cutanat. Cu 3—4 puncte de catgut subţire, se apropie stratul de grăsime subcutanat; aceste fire se trec strict prin grăsime, fără să prindă aponevroza, şi se strîng în sens transversal ca în fig. 48, ceea ce face ca suprafeţele dermului să se apropie faţă în faţă. Dacă firele prind şi aponevroza, cicatri- cea rămîne aderentă şi se formează, deasupra ei, în poziţie ortostatică, un bure- let de grăsime, inestetic. Pentru sutura pielii există patru modalităţi: sutură intra- dermică cu un fir subţire, de nylon, trecut de la un capăt la altul; sutură cu puncte separate de nylon sau de aţă, plasate la 1 cm distanţă unul de altul, cu afron- tare atentă a marginilor; agrafe Michel; sutură cu surjet de nylon ca în fig . 49. Pansament lipit.

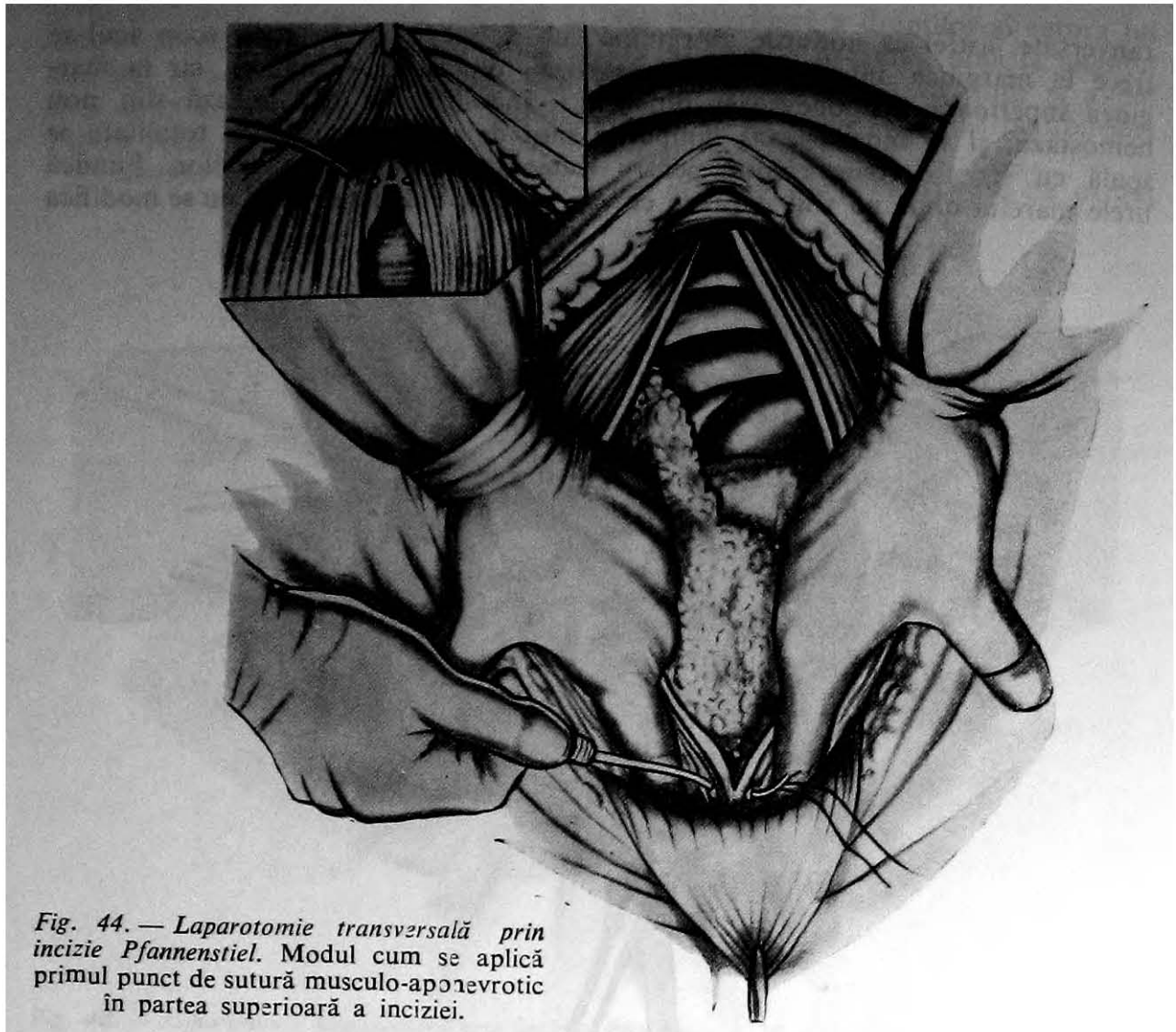


Fig. 44. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se aplică primul punct de sutură musculo-aponevrotic în partea superioară a inciziei.

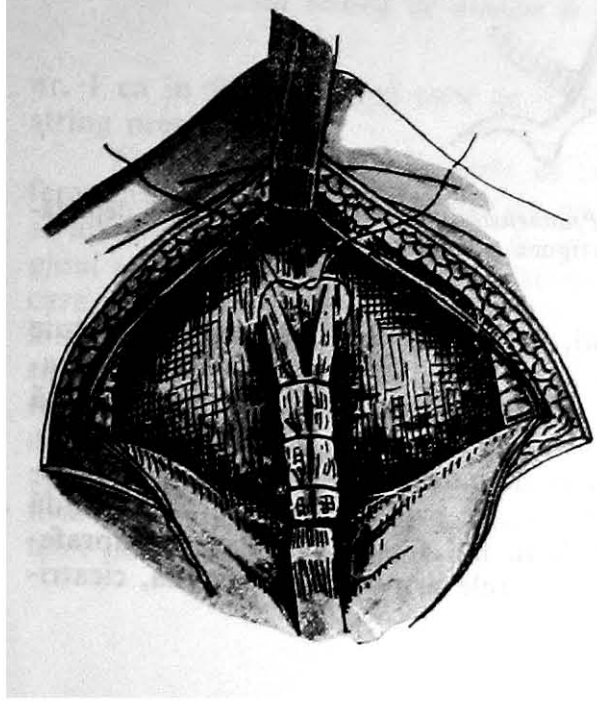


Fig. 45. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Apropierea mușchilor drepți abdominali, cu catgut (după G. Robert).

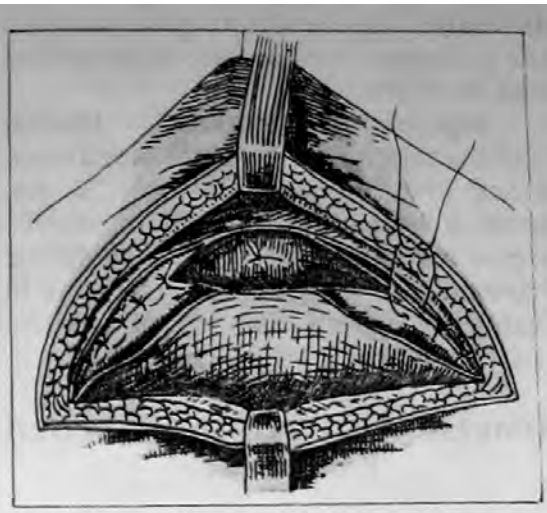


Fig. 46. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Sutura separată a micului oblic, cu fire simple de catgut, pînă la marginea externă a dreptului abdominal (după G. Robert).

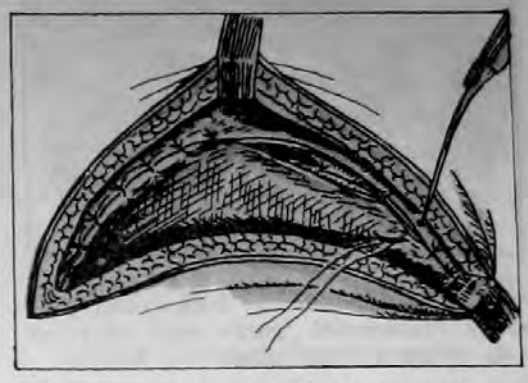


Fig. 47. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Sutura separată a aponevrozei oblicului mare (după G. Robert).

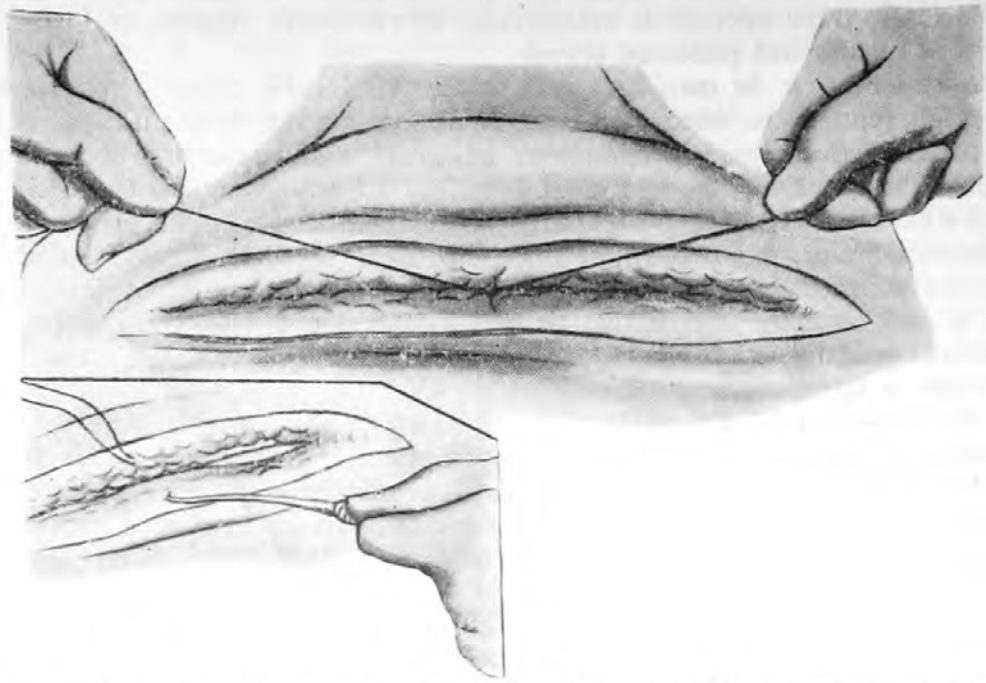


***Fig. 48.** — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel.* Modul cum se înnoadă firele trecute prin stratul de grăsime subcutanat.

În cartuș: modul cum se trec firele separate prin stratul de grăsime.

În general planul cutanat se suturează fără drenaj. La femeile cu peretele adipos şi dacă persistă o sîngerare în masă, se pot lăsa la extermităţile inciziei, cîte un tub subţire din plastic, care se suprimă după 48 ore. La sîngerările din planul musculo-aponevrotic se lasă un tub Redon, scos la perete prin contraincizie şi aspirat continuu; acesta se suprimă după 4—5 zile.

Fig. 49. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Sutura pielii cu surjet de nylon subțire (după G. Robert.)

Îngrijiri postoperatorii. Imediat după operaţie se aplică peste pansament, un sac plat, cu nisip, pentru 24 ore, pentru evitarea hematoamelor; mobilizare activă după 24, ore firul intradermic se scoate în a opta zi, firele separate în a şaptea zi, agrafele se înjumătăţesc în a patra zi şi se suprimă în a şasea zi.

COMPLICAŢII POSTOPERATORII PARIETALE

Hematomul. Se manifestă prin durere locală, renitentă la nivelul plăgii, culoare violacee a tegumentelor şi febră. Se desfac suturile de la piele şi se evacuează sîngele şi cheagurile. Pansamentele viitoare vor decide dacă se aşteaptă vindecarea plăgii prin cicatrizare secundară sau sutură chirurgicală secundară. Dacă hematomul se produce în primele ore după operaţie se reintervine: se evacuează sîngele, se face hemostaza şi se resuturează pielea cu drenaj.

Supuraţi a. Se manifestă prin durere vie locală, edem şi roşeaţă Ia nivelul plăgii, febră mare, uneori frisoane. Se desface sutura, de la un capăt la altul, şi se pansează plaga pînă la eliminarea completă a sfacelelelor şi a firelor care întreţia supuraţia. După 2—3 săptămîni se face sutură secundară (vezi pag. 69).

S e r o mu /. Apare la o săptămînă de la operaţie. De multe ori se constată la scoaterea firelor, într-o porţiune unde cicatricea se veziculizează. Se suprimă firele corespunzătoare şi cu un stilet sau sondă canelată se desface limitat cicatricea şi se evacuează conţinutul, siropos-gălbui. Uneori se vindecă în cîteva zile, alteori se instalează o fistulă, care nu cedează pînă nu se scoate corpul străin (firul) care o întreţine.

Evisceraţia. Există două feluri de evisceraţii: prin defecte de sutură a peretelui şi patologice. Prin defecte de sutură se înţeleg: materialele folosite (catgut în loc de nylon) şi tehnica aplicată la reconstituirea planurilor anatomice; prin factori patologici se înţeleg: necroza aponevrozei ca urmare a suturilor is- chemiante; infecţia (cu aceleaşi efecte necrotice) şi denutriţia (anemia, lipsa de proteine).

în evisceraţiile prin defecte de sutură se reintervine imediat şi se reconstituie peretele, plan cu plan, cu drenaj: în cele produse de infecţie nu se recomandă nici un procedeu de sutură; se acoperă suprafaţa plăgii cu o compresă peste care se trec benzi de leucoplast, care ţin marginile plăgii apropiate; refacerea peretelui se va face per secundam, cînd starea bolnavei o va permite.

Sutura secundară a plăgilor parietale. Este indicată la cazurile la care s-a desfăcut complet sutura pielii pentru evacuarea hematomului sau a supuraţiei. Momentul reinterveţiei se hotărăşte cu grijă, cînd au dispărut complet elementele locale de supuraţie, plaga este acoperită cu muguri şi bolnava afebrilă de cel puţin două săptămîni. înainte de intervenţie, se determină flora microbiană locală (frotiu şi culturi) şi suprafaţa granulată se pansează 48 ore cu ser fiziologic.

Sutura plăgii se poate face cu anestezie locală prin infiltraţie (xilină 1 % la care se adaugă penicilină), sau anestezie generală şi numai în sala de operaţie. La instrumentarul de mică chirurgie necesar, este nevoie şi de o chiuretă Volkmann.

Tehnica: se chiuretează de mugurii exuberanţi şi se excizează cu bisturiul marginile plăgii, în ţesut sănătos; sutura se face cu fire de nylon, cu drenaj capilar la extremităţi; firele trec şi prin aponevroză; pansamentul se schimbă zilnic pînă la suprimarea drenajului (48—72 ore); firele se scot în a 10-a zi; se asociază tratament cu antibiotice în primele 5 zile (eritromicină, tetraciclină).

CELIOTOMIA PE CALE VAGINALĂ (COLPOCELIOTOMIA)

Definiţie: abordarea organelor genitale interne cu deschiderea peritoneului, pe cale vaginală. Din această cauză se mai numeşte şi *celiotomie ginecologică joasă* sau *colpoceliotomie.*

Clasificare: celiotomie vaginală anterioară şi celiotomie vaginală posterioară.

Indicaţii: acestea depind de şcoala în care s-a format chirurgul ginecolog. Pentru unii chirurgi este calea de elecţie pentru o gamă largă de operaţii ginecologice, considerînd această cale superioară laparotomiei; pentru alţii indicaţiile sînt mai restrînse.

Cu privire la indicaţiile celitomiei pe cale vaginală, atitudinea corectă a chirurgului, — care trebuie să cunoască la fel de bine şi calea superioară, prin laparotomie şi calea joasă, vaginală, — este eclectică. Eclectismul în alegerea căii de acces în chirurgia ginecologică înseamnă judecarea cu simţ de răspundere a avantajelor şi dezavantajelor pe care fiecare din cele două căi de abordare le au, scopurile fiind: asigurarea condiţiilor optime pentru executarea tehnică a operaţiei şi securitatea bolnavei atît în momentul intervenţiei, cît şi în legătură cu prognosticul de viitor al bolii, sancţionate chirurgical.

Avantaje:

— reduce traumatismul operator. Acesta este incomparabil mai mic faţă de celiotomia abdominală, fiindcă deschiderea peritoneului este minimă, nu se fac tracţiuni pe mezouri, nu se fac decolări întinse şi nu se aplică depărtătoare autostatice. Din acest motiv celiotomia joasă este indicată la bolnavele cu balanţă biologică deficitară (bolnave tarate de vîrstă sau de boală);

— simplifică drenajul decliv, în caz de supuraţii;

— permite efectuarea în aceeaşi şedinţă operatorie a intervenţiilor de corectare a pereţilor vaginului şi a perineului (operaţii plastice, asociate, în cura prolapsului genital);

— determină o evoluţie postoperatorie simplă, fără pareze şi tulburări de tranzit intestinal; starea generală a bolnavei se îmbunătăţeşte repede şi mobilizarea activă este posibilă din primele zile; perioadele de spitalizare şi de convalescentă sînt mult scurtate;

— evită eventraţiile.

Dezavantaje:

—împiedică explorarea completă a pelvisului, din lipsă de vizibilitate. Din acest motiv calea vaginală este contraindicată în operaţiile plastice şi restauratoare (de exemplu în sterilitate), în chirurgia conservatoare a uterului, în patologia tumorală şi inflamatorie a pelvisului;

— nu se poate realiza o asepsie perfectă a cîmpului operator, întrucît vaginul şi vecinătatea anusului sînt greu de dezinfectat.

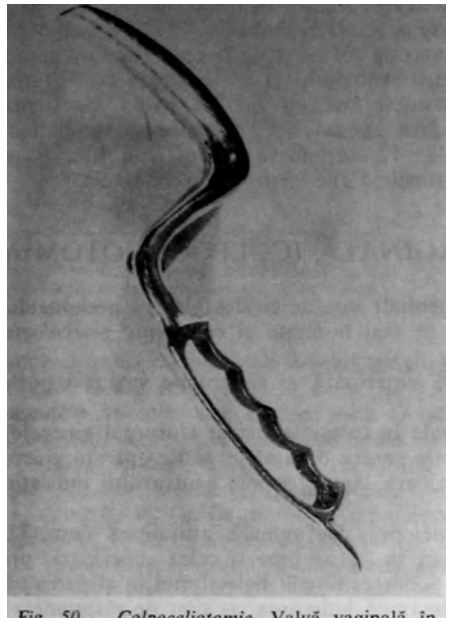


Fig. 50. — Colpoceliotomie. Valvă vaginală în baionetă.

Condiţii de efectuare. Calea vaginală de acces asupra organelor genitale intrapelviene permite executarea unei game largi de intervenţii ginecologice asupra uterului şi anexelor, de la cele mai simple (miomectomie, salpingectorie, sterilizare tubară, histerectomia simplă), pînă la histerectomia lărgită pentru cancer.

Condiţiile necesare sînt: operatorul să cunoască bine tehnica operaţiilor pe cale vaginală; să aibă ajutoare cu experienţă şi instrumentar adecvat (de exemplu valve în baioneată, cu mîner care se apucă bine în mînă, fig. 50); uterul să fie mobil şi zonele anexiale, de preferat, libere (dacă anexele sînt palpabile sau tumorale, formaţiunile existente să fie mobilizabile); relaxarea perineului (la multipare) şi prolapsul uterin (de diferite grade) oferă cele mai bune condiţii pentru chirurgia vaginală.

Pregătirea preoperatorie. Anestezistul vede bolnava în preziua operaţiei şi pe baza examenelor clinice, paraclinice şi de laborator, precizează felul anesteziei, o informează asupra modului cum va decurge, solicitîndu-i colaborarea ;i cîştigîndu-i încrederea. Vizita anestezistului se termină cu recomandarea unui bun somnifer pentru noapte.

Purgativul clasic nu este util şi poate fi chiar dăunător, prin dezechilibrul hidro-electrolitic pe care-1 poate produce. Regimul alimentar sărac în celuloză şi bogat în proteine şi hidrocarbonate, cu 3—4 zile înainte, şi o clismă evacuatoare în seara din ajunul operaţiei, sînt suficiente.

în dimineaţa zilei de operaţie se rade pilozitatea peri-vulvară şi pubiană, şi se face spălătură vaginală antiseptică.

La femeile cu ciclu menstrual prezent, momentul operaţiei se fixează în prima săptămînă după terminarea menstruaţiei.

înainte ca bolnava să primească premedicaţia şi să fie trecută în sala de operaţie, este bine ca operatorul să schimbe cîteva vorbe încurajatoare cu ea. în afară de prelucrarea verbală, pe care este obligat s-o facă în ziua cînd a fixat indicaţia operatorie, psihologică, pentru cîştigarea încrederii, şi informativă asupra naturii şi urmărilor intervenţiei, — pentru obţinerea acordului — vorbele blînde ale chirurgului, în momentul cel mai tensionat psihologic, premergător operaţiei, au efecte balsamice asupra bolnavei.

Poziţia bolnavei. Bolnava este aşezată pe masa de operaţie în decubit dorsal, coapsele bine flectate pe bazin şi în abducţie maximă, fixate pe suporţii mesei, cu gambele uşor flectate. Sînt şi dispozitive speciale, ataşate la masa de operaţie, care prin legarea picioarelor, fixează coapsele şi gambele la verticală, în abducţie exagerată. Cu ambele procedee se expune bine regiunea vulvo-perineală, condiţia esenţială fiind flectarea maximă a coapselor, cel de al doilea avînd avantajul că evită compresiunea spaţiilor poplitee (rol în profilaxia complicaţiilor trombozice).

Masa de operaţie re ridică astfel ca pelvisul bolnavei să fie la înălţimea pieptului operaterului. Pentru expunerea şi mai bine a regiunii şi mai ales pentru aplicarea valvei vaginale perineale, se ridică pelvisul bolnavei cu o pernă cu nisip, introdusă sub regiunea sacrată.

Poziţia chirurgului. Chirurgul se aşază pe un scaun cu înălţime reglabilă, avînd în faţă regiunea vulvoperineală a bolnavei şi două ajutoare, unul în dreapta şi altul în stînga. Masa cu instrumente şi persoana care instrumentează se plasează în dreapta operatorului.

Luminarea cîmpului operator se face de la sursa de lumină a lămpii scia- litice, centrată pe fanta vulvară. Cînd se ajunge cu operaţia în profunzime, luminarea anumitor zone poate fi amplificată de la un reflector mobil sau de la lampa frontală.

Pregătirea cîmpului operator se începe cu antiseptizarea pielii şi sondarea vezicii, după care se aşază cîmpurile sterile şi se fixează labiile mici la piele, cu fire de aţă.

Antiseptizarea pielii se face cu soluţie de tinctură de iod. Se badijonează succesiv, de 2—3 ori, un cîmp cutanat larg, care depăşeşte simfiză pubiană cu trei laturi de deget, cuprinde 1/2 superioară a coapselor şi o parte a feselor. Badi- jonarea se face de sus în jos şi de la centru spre periferie antiseptizînd la urmă regiunea perineală, după care se aşază cîmpurile sterile; acestea se fixează cu raci sau cu aţă la piele, ca în fig. 51, excluzîndu-se din cîmpul cutanat al operaţiei, regiunea anală. Maniera de aşezare a cîmpurilor este variabilă, fie cu mai multe cîmpuri mijlocii, fie cu un cîmp mare (cearşaf) cu deschidere dreptunghiulară în dreptul regiunii vulvo-perineale. După fixarea cîmpurilor se rebadijo- nează cu iod regiunea, inclusiv vulva şi vaginul, se sondează vezica şi se fixează labiile mici la piele cu aţă (fig. 51). Din acest moment se trece la operaţia pro- priu-zisă.

CALEA VAGINALĂ ANTERIOARĂ (colpoceliotomia anterioară)

Scopul urmărit : decolarea spaţiului vezico-uterin şi deschiderea plicii peritoneale anterioare.

Tehnica. Se introduc valvele vaginale (întîi valva posterioară) şi se expune colul uterului; prin jocul valvelor se destind fundurile de sac, gesturi cu care se apreciază morfologia şi mobilitatea colului, precum şi supleţea fundurilor de sac; se antiseptizează colul şi mucoasa vaginului cu soluţie diluată de iod, apoi cu alcool, după care se prinde buza anterioară cu o pensă Museux de tracţiune ; se lasă permanent valva posterioară de care, eventual, se atîrnă o greutate.

În timp ce operatorul trage puternic în jos şi posterior de pensa Museux, ajutorul introduce valva şi expune fundul de sac vaginal anterior. Se apreciază lungimea peretelui vaginal de la meatul urinar, pînă la col şi aspectul mucoasei (netedă în porţiunea care corespunde trigonului vezical — trunghiul Pawlick — şi ridată în dreptul vezicii) în vederea alegerii locului inciziei. Locul de elecţie a inciziei este la 1,5—2 cm deasupra orificiului extern al colului, respectiv la nivelul triunghiului Pawlick unde mucoasa vaginală se decolează mai uşor de pe trigonul vezical.

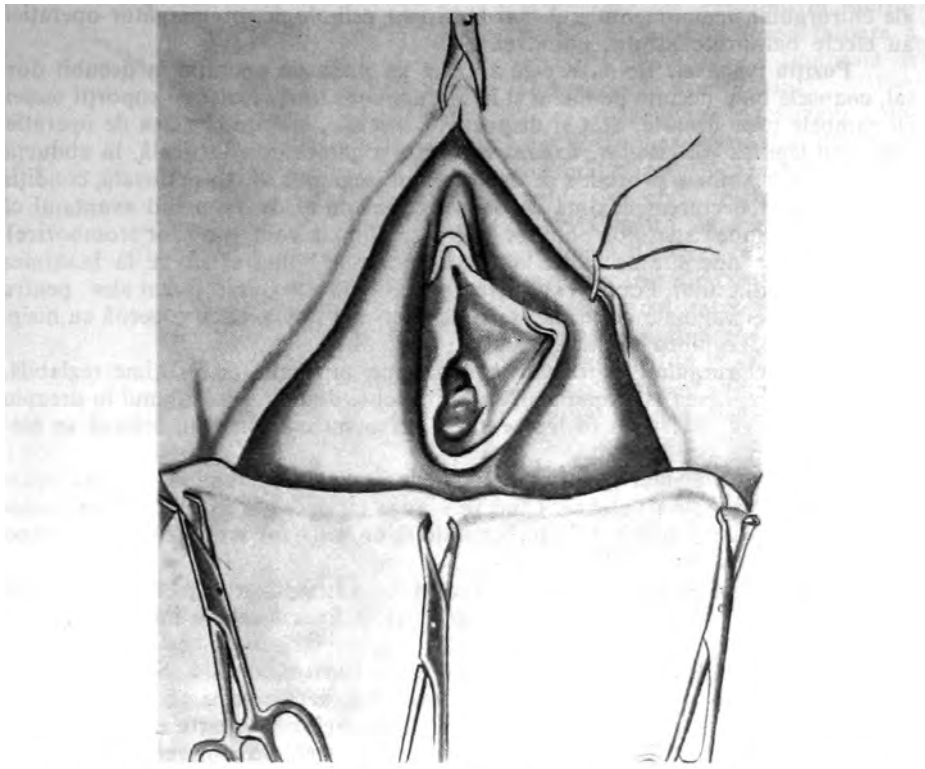


Fig. 51. — Colpoceliotomia. Modul cum se aranjează cîmpurile şi se fixează labiile mici la piele.

Incizia mucoasei vaginale se face cu bisturiul şi cu foarfecele, în două maniere: sagitală sau în T răsturnat. Incizia interesează mucoasa vaginală în întregime inclusiv fascia vaginală subiacentă.

—Incizia sagitală se face cu bisturiul între două pense Kocher, una plasată la 1 cm sub meat, alta la 2 cm deasupra colului; se decolează lateral lam- bourile de mucoasă vaginală şi se secţionează deasupra colului bridele ce-1 unesc de vezică, pe linia mediană; în felul acesta, incizia se măreşte şi apar în plagă, pilierii vezicali, de o parte şi de alta.

— Incizia în T răsturnat (Crossen). Se face o incizie transversală, de 2 cm, deasupra colului (fig. 52) cu bistu- riul; se aplică două pense Kocher pe marginea superioară a inciziei, delimitînd între ele, linia mediană a peretelui vaginal anterior; se insinuează foarfecele curb, bont, închis, sub mucoasă şi se secţionează între pensele Kocher; se mută pensele Kocher pe marginile mucoasei secţionate şi cu foarfecele închis, îndreptat tot timpul spre mucoasa vaginală, se face un tunel pînă în apropierea meatului urinar, cu mişcări de închidere şi de deschidere a foarfecelui; se retrage foarfecele deschis şi se secţionează de jos în sus, peretele vaginal tu- nelizat; acest fel de incizie are avantajul că se execută foarte repede; dacă mucoasa nu se lasă tu- nelizată dintr-o singură mişcare, se repetă din aproape în aproape, mutînd de fiecare dată pensele Kocher, pe unghiul superior, pînă la care a ajuns secţionarea mucoasei; se decolează lambourile vaginale laterale (fig. 53).

Deschiderea fundului de sac vezico-uterin. Cu o pensă anatomică, operatorul ridică ţesutul care se găseşte între vezică şi col şi cu foarfecele curb, dirijat ca în fig. 54, îl secţionează, pe linia mediană; astfel se deschide drumul spre spaţiul de decolare vezico-uterin; clivarea vezicii se face fie cu foarfecele curb, închis, fie cu degetul înfăşurat într-o compresă ca în fig. 55, fie cu valva, fie alternînd aceste modalităţi, menţinînd clivajul tot timpul, pe linia mediană; ajutorul introduce sub vezica decolată, valva vaginală în baionetă şi în timp ce operatorul trage puternic de pensa aplicată pe col, se expune extremitatea inferioară a fundului de sac peritoneal vezico-uterin; prin tracţiunea în sus a vezicii pilierii vezicali, care nu sînt altceva decît lama conjunctivă pubo-vezico-uterină (*retinaculum uteri* al autorilor germani), formează împreună cu peretele inferior al vezicii o boltă, în adîncimea căreia se găseşte cu uşurinţă, plică peritoneală (fig. 56) de culoare albicioasă-albăstruie.

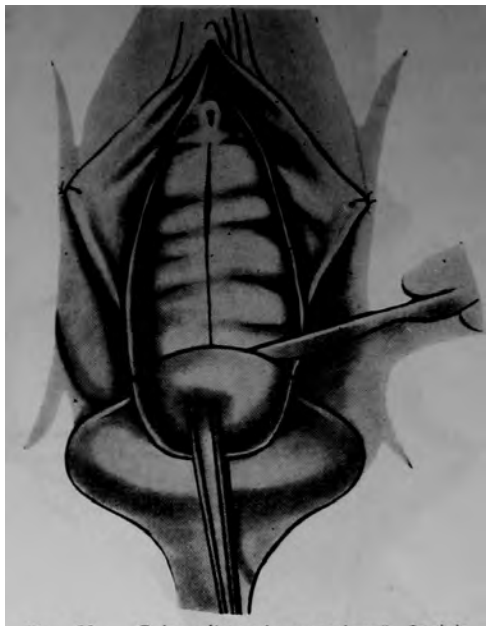


Fig. 52. — Colpoceliotomia anterioară. Incizia mucoasei vaginale în T răsturnat.

Deschiderea peritoneului. Se apucă plică peritoneală cu o pensă de disecţie şi se secţionează dintr-o singură mişcare, cu foarfecele; se lărgeşte butoniera peri- toneală şi se trece un fir pe marginea superioară, care se păstrează armat pe o pensă (va servi la închiderea breşei peritoneale); se introduce o valvă largă care rămîne pe loc pînă se luxează uterul; se controlează digital mărimea uterului, după care, cu pense de col aplicate la început pe faţa anterioară apoi pe fund, se exteriorizează uterul; dacă anteluxarea uterului întîmpină dificultăţi, uşurăm basculare a lui, împingînd colul îndărăt, fie cu indexul mîinii stîngi, fie cu pensa care este fixată la col.

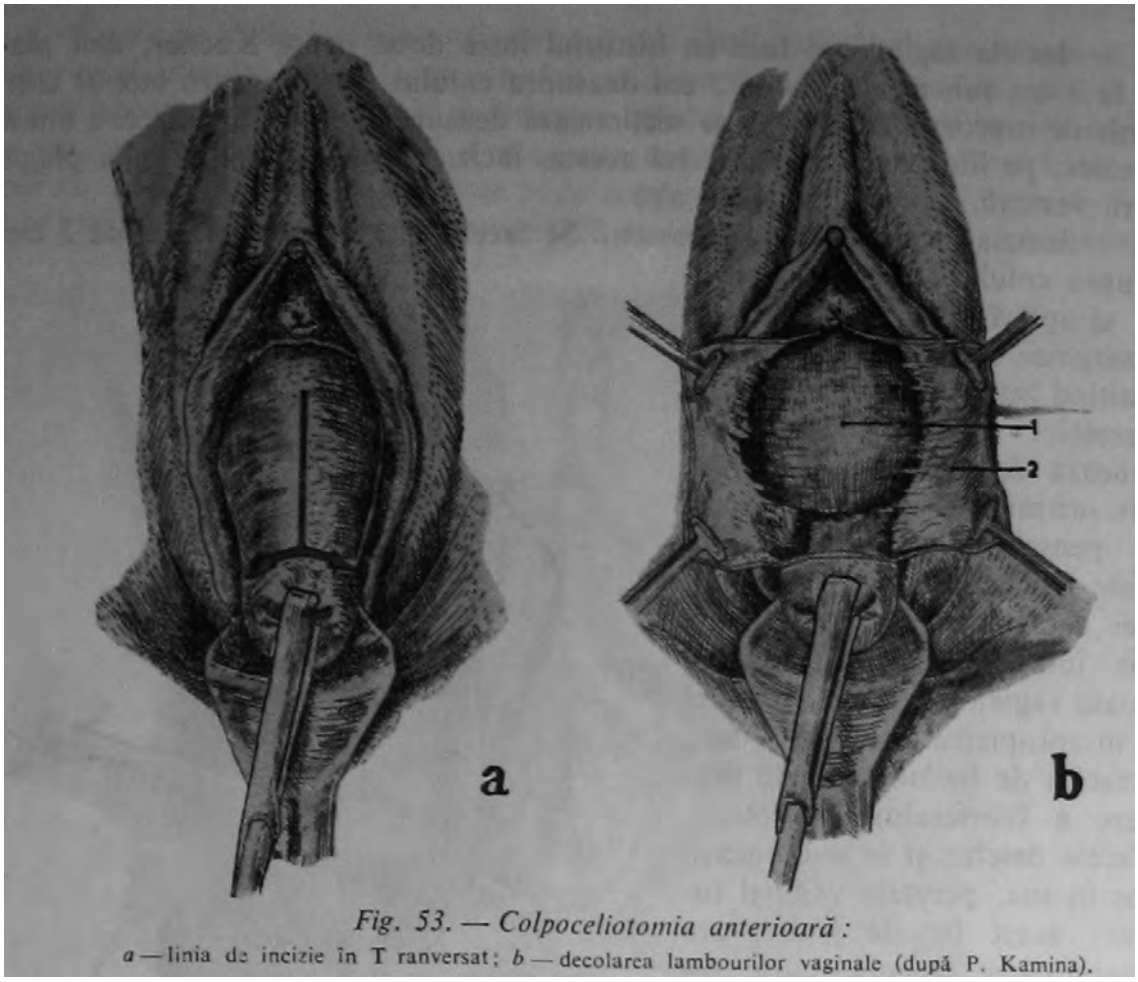


Fig. 53. — Colpoceliotomia anterioară :
a — linia de incizie în T ranversat; *b* — decolarea lambourilor vaginale (după P. Kamina).

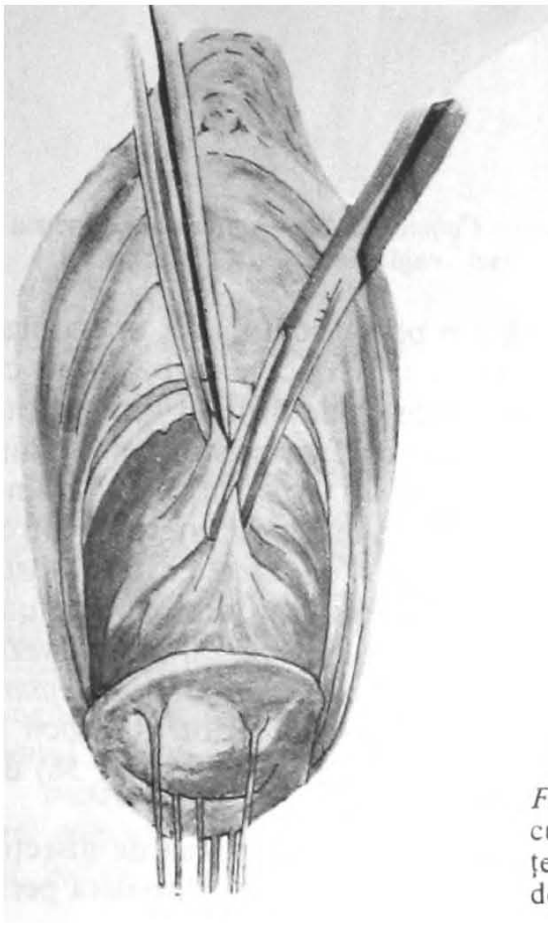


Fig. 54. — Colpoceliotomia anterioară. Se ridică vezica cu pensa de disecție și cu foarfecele se secționează țesutul supracervical, gest chirurgical esențial în deschiderea planului de decolare (după F. Novak).

Fig. 55. — Colpoceliotomia anterioară. Modul cum se clivează spațiul vezico-uterin cu policele înfășurat în compresă.

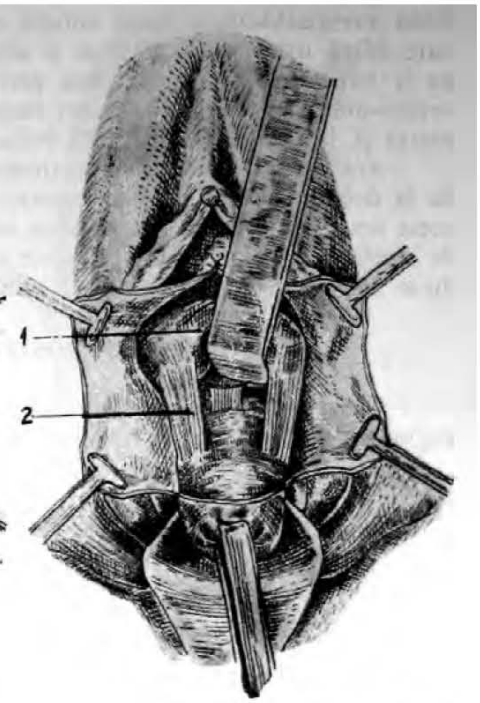


Fig. 56. — Colpoceliotomia anterioară: *1* — vezică urinară; *2* — pilierii vezicali. În profunzimea spațiului de decolare se vede foița peritoneului (după P. Kamina).

Închiderea celiotomiei anterioare se face după repunerea uterului în cavitatea peritoneală. Marginile peritoneului se găsesc uşor atunci cînd foiţa anterioară a fost marcată cu un fir de aşteptare; orificiul se închide cu un fir de catgut în bursă sau surjet. Un artificiu de tehnică util, pentru găsirea marginilor peritoneului, cînd nu au fost reperate în prealabil, este introducerea unei comprese

«montate» în cavitatea peritoneală şi retragerea ei cu blîndeţe, peritoneul aderă la compresă şi devine reperabil în momentul cînd se trage afară tamponul.

Tranşa vaginală se reface cu fire separate de catgut, de jos în sus, cu afron- tare; dacă marginile sînt în exces, se rezecă.

Se sondează vezica (de control) şi se lasă în vagin o meşă pentru 24 ore. Nu sînt îngrijiri speciale postoperatorii.

Incidente posibile în legătură cu celiotomia anterioară:

— nu se găseşte, de la început, planul de clivaj vezico-uterin sau nu se găseşte plică peritoneală. în prima eventualitate se trage puternic de col şi cu indexul se palpează faţa anterioară a uterului;

— dacă între deget şi uter se interpune un ţesut gros înseamnă că nu s-a secţionat suficient cloazonul conjuctiv vezico-uterin; se reia această secţionare, ca în fig. 54 şi se continuă clivarea vezicii cu indexul ca în fig. 55;

— uneori este nevoie să se secţioneze pilierii vezicali. Aceasta se face între două pense Kocher, de fiecare parte, cu ligaturarea imediată a bonturilor. în a doua eventualitate, singura soluţie este să recurgem la celiotomie posterioară, care oferă uşurinţă în găsirea şi deschiderea peritoneului; se introduce indexul de la mîna dreaptă în cavitatea peritoneală şi se caută retrograd fundul de sac vezico-uterin; indexul în croşet împinge peritoneul în spaţiul de clivaj vezico- uterin şi, la vedere, se incizează foiţa întinsă pe pulpa degetului.

Accidentul posibil este secţionarea vezicii, fie la incizia mucoasei vaginale fie la decolarea spaţiului vezico-uterin. Nu este nici o gravitate dacă este sesizat acest accident. Verificarea se face introducîndu-se în vezică soluţie cu albastru de metilen. Soluţia de continuitate se suturează în strat dublu, cu catgut, lăsîn- du-se în vezică o sondă Folley sau Pezzer, pentru 10 zile.

CALEA VAGINALĂ POSTERIOARĂ (colpoceliotomia posterioară)

Această cale de acces are indicaţii restrînse: sterlizarea chiru~gicală pe cale vaginală; frecvent ea completează celiotomia anterioară: în histerectomii.

Tehnica. Se expune fundul de sac posterior al vaginului cu valva care apasă pe pragul vulvei şi cu pensa de col, aplicată pe buza posterioară, de care se trage puternic spre simfiza pubiană. Această manevră expune locul unde vaginul se inseră pe col.

Cu bisturiul se face o incizie transversală, la 5 mm de inserţia vaginului pe col, lungă de 3 cm.

Se decolează cu foafecele curb, închis, buza posterioară a colpotomiei, decolare care poate fi completată cu indexul sau cu un tampon « montat». Această decolare împinge îndărăt ţesuturile pararectale, pe care în continuare le menţine îndepărtate de col valva posterioară.

Se secţionează peritoneul cu foarfecele şi se deschide Douglasul; se lărgeşte breşa cu foarfecele sau cu indexul, care, în acelaşi timp, controlează faţa posterioară a uterului; se tresează marginile peritoneului cu un fir de catgut, de aşteptare.

Explorarea cavităţii peritoneale se face digital sau introducînd două valve în baionetă, una care ridică în sus uterul, alta care împinge în jos rectul. Uterul se poşte luxa în afară cu pense de col aplicate pe faţa posterioară şi apoi pe fund. Luxarea se face progresiv, cu tracţiuni blînde.

După terminarea operaţiei, peritoneul se închide în bursă strîngîndu-se capetele firului de aşteptare. Dacă nu a fost pus în prealabil acest fir. se cautâ marginile peritoneului şi se suturează în bursă, cu catgut. Dacă marginile nu se se găsesc uşor, se caută, introducînd un tampon « montat». La mucoasa vaginului se pun 2—3 puncte separate de catgut.

în histerectomiile pe cale vaginală, celiotomia posterioară se face, după ce s-a terminat celiotomia anterioară. Se completează incizia mucoasei vaginale pe laturi şi pe faţa posterioară a colului (incizie circulară). Se decolează mucoasa vaginală cu foarfecele sau cu tampon montat şi imediat sub ea se văd în tensiune, ligamentele utero-sacrate (fig. 57), ligamentele cardinale şi peritoneul Dougla- sului. Se deschide peritoneul după care urmează secţionarea ligamentelor utero- sacrate şi a ligamentelor cardinale, sau, invers, se secţionează ligamentele utero- sacrate şi ligamentele cardinale, după care se deschide Douglasul.

După terminarea histerectomiei rămîne o deschidere largă, unică, a cavităţii peritoneale, care se închide în bursă, cu catgut.

Singurul accident posibil în celiotomia posterioară este lezarea rectului. Profilaxia acestui accident se face, împin- gînd puternic peretele posterior al vaginului cu valva şi secţionînd ţesuturile cît mai aproape de colul uterului. Controlul digital al ampulei rectale la sfîr- şitul operaţiei este la fel de necesar ca şi şi sondajul vezical după celiotomia anterioară.

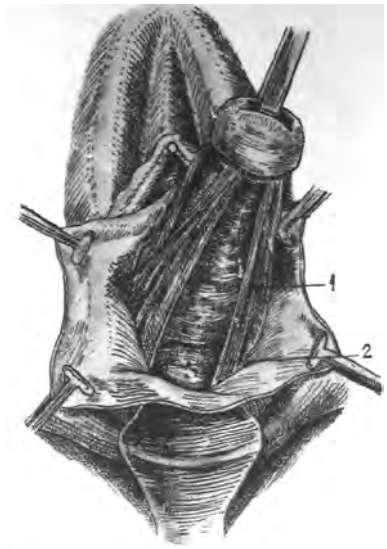


Fig. 57. — Colpoceliotomia posterioară:
1 — ligamentele uterosacrate; 2 — peritoneul Douglasului (după Kamina).

COLPOTOMIA POSTERIOARĂ

Definiţie: colpotomia posterioară este deschiderea fundului de sac posterior al vaginului prin *incizie* urmată de *drenaj*.

Principii şi eficienţă: prin această intervenţie chirurgicală se evacuează colecţiile purulente din pelvis.

Indicaţii : colecţii supurate în Douglas în pelviperitonită, hematomul supurat, abces tubo-ovarian.

Anestezie : generală, de scurtă durată.

Instrumente necesare : valve vaginale, pensă de col, bisturiu, foarfece lung (curb), pensă vaginală lungă (una curbă şi una dreaptă), tub de dren în T sau sondă Pezzer, ac lung, pentru puncţie vaginală, seringă de 10 ml.

Poziţia bolnavei : pe masa ginecologică, ca pentru operaţiile pe cale vaginală.

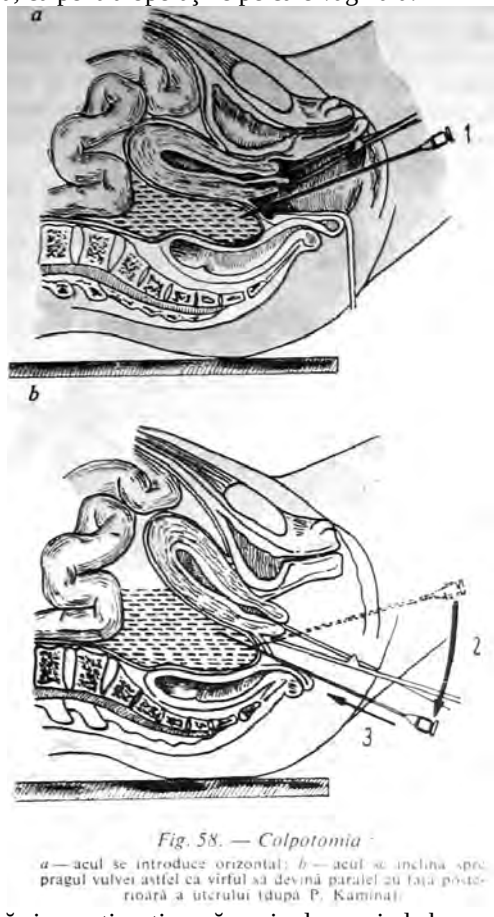


Fig. 58. — Colpotomia:
a — acul se introduce orizontal; b — acul se înclină spre pragul vulvei astfel ca vîrful să devină paralel cu faţa posterioară a uterului (după P. Kaminari).

Tehnica : se introduce valva posterioară şi se antiseptizează vaginul; se prinde buza posterioară a colului cu pensa de col; se pune sub tensiune fundul de sac vaginal posterior şi se repereză inserţia vaginului pe col; se montează acul la seringă şi se puncţionează pe linia mediană, la 1,5—2 cm de col; puncţia se face cu acul ţinut orizontal (fig. 58, a) după care se înclină spre pragul vulvei Şi se introduce 1 cm, dirijat spre centrul escavaţiei, paralel cu peretele uterului (fig, 58, b); se extrag cîţiva milimetri din conţinutul supurat, care se vor trimite pentru examen bacteriologic, după care se extrage acul; pe locul marcat de ac, se face o secţiune a mucoasei vaginale, transversală (fig. 59), largă de 2—3 cm, cu foarfecele (fig. 60-cartuş) sau se incizează cu bisturiul

(această deschidere produce sîngerare activă fără importanţă); dacă colecţia nu a fost deschisă cu ocazia inciziei, se introduce foarfecele curb, închis, dirijat cu curbura în sus, şi se extrage deschis, după ce a perforat membrana abcesului; se repetă această manevră ca în fig. 61, care lărgeşte breşa vaginală şi lasă să se scurgă puroiul colectat; străpungerea pungii se poate face şi cu pensă vaginală, curbă, model Lister; cu indexul, ca în fig. 60, se unifică punga, rupîndu-se eventualele bride care o compartimentează: se introduce tubul de dren în T sau o sondă groasă Pezzer căreia i se secţionează porţiunea mamelo- nară pentru a se crea un orificiu unic şi larg de drenaj.

Incidente şi ac ci d e n- t e : rareori se întîmplă ca pentru o hemoragie activă din peretele vaginal, să fie nevoie de un punct de sutură cu catgut. Puncţionarea rectului cu acul este fără consecinţe. Secţionarea rectului se evită apl:- cînd bine valva pe peretele posterior al vaginului şi introducînd foarfecele întotdeauna cu curbura în sus. Alte accidente, vasculare sau ureterale, sînt imposibile dacă colpo- tomia se face în fundul de sac vaginal posterior. *Colpotomia în fundul de sac lateral este contraindicată.*

Îngrijiri postoperatorii : antibioterapie generală şi măsuri igienice vulvo-vaginale. Tubul de drenaj se scoate după 5—7 zile.

Complicaţii tardive: fistulă purulentă pe locul drenajului cînd colpotomia s-a făcut pentru abces tubo-ovarian (piosalpinx, pioovar). în această eventualitate se recurge la laparotomie pentru suprimarea focarului de supuraţie, care întreţine fistula. Hemoragie gravă după scoaterea tubului de dren. în această situaţie se face ligatura arterei hipogastrice prin laparotomie (Sîrbu, 80).

Reuşita intervenţiei depinde de corectitudinea indicaţiei, de tehnica folosită şi de antibioterapia selectivă. Dezvoltarea chirurgiei a făcut ca marea majoritate

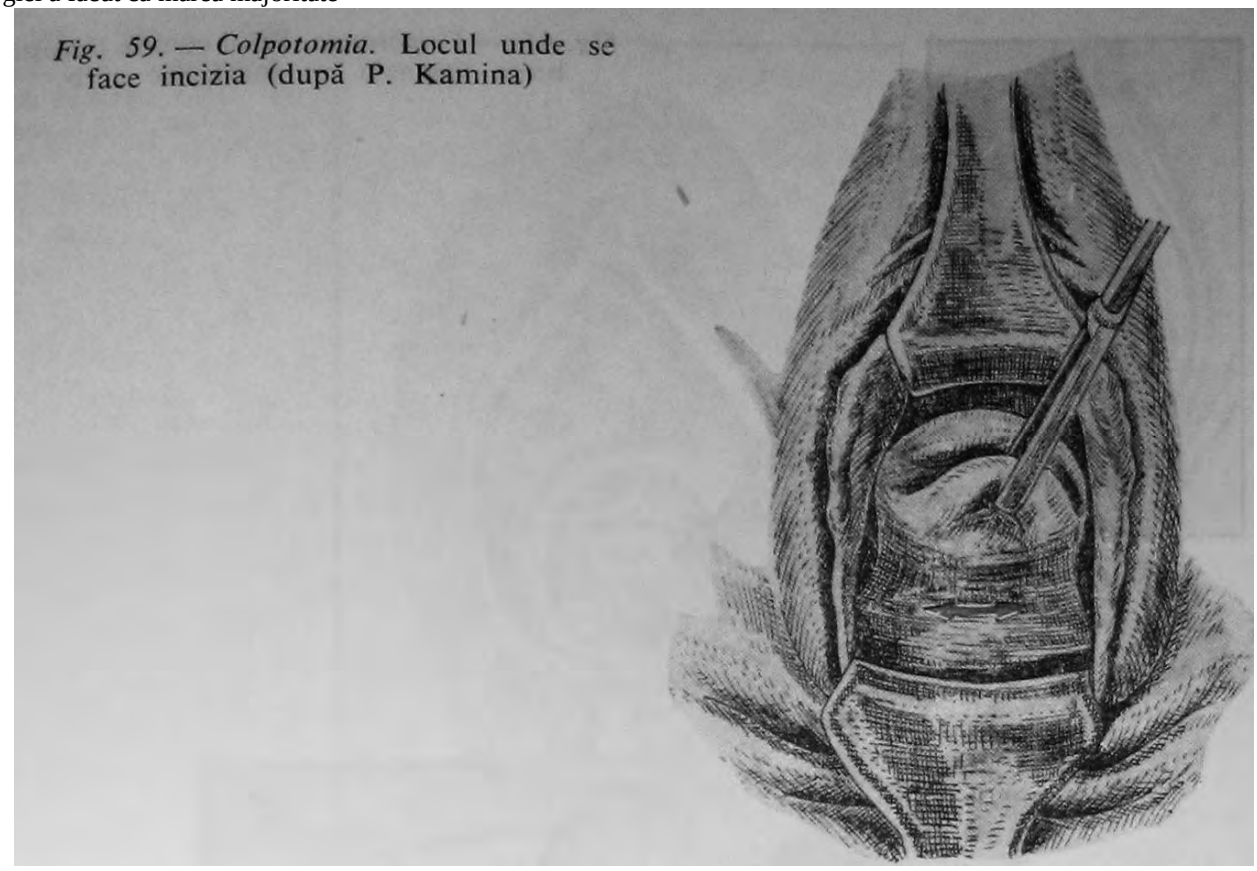
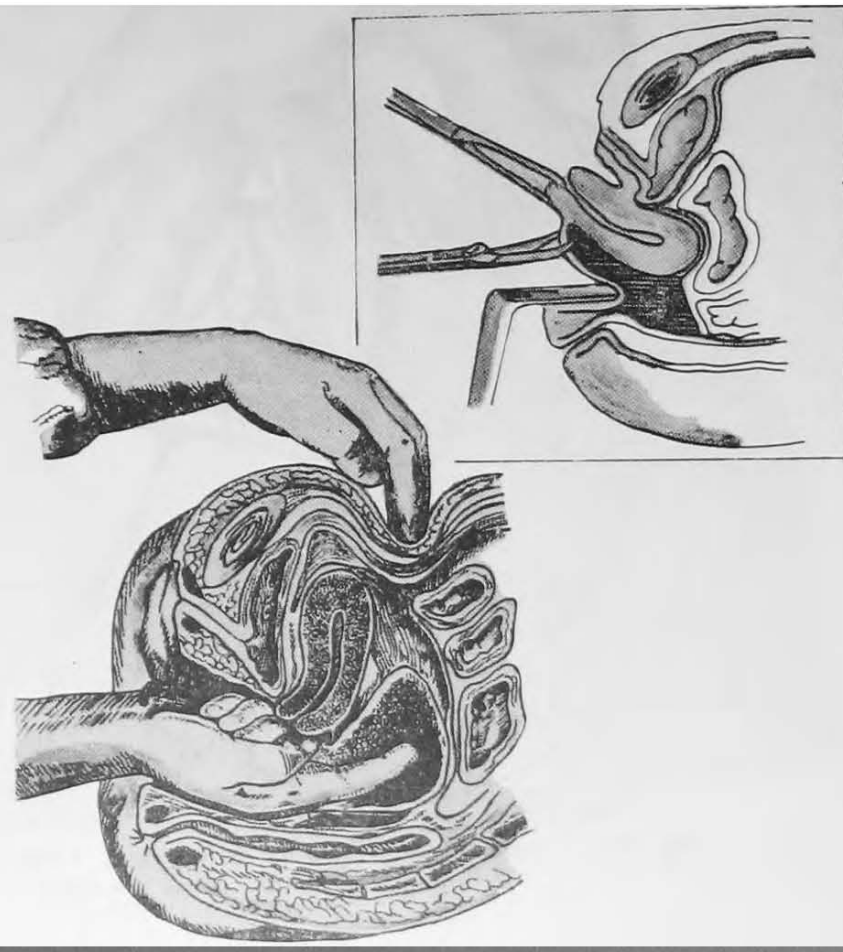


Fig. 59. — Colpotomia. Locul unde se face incizia (după P. Kamina)

Fig. 60. — Colpotomia. Controlul digital al colecției supurate.

În cartuș : felul cum se face incizia peretelui vaginal, cu foarfecele (după Robert).



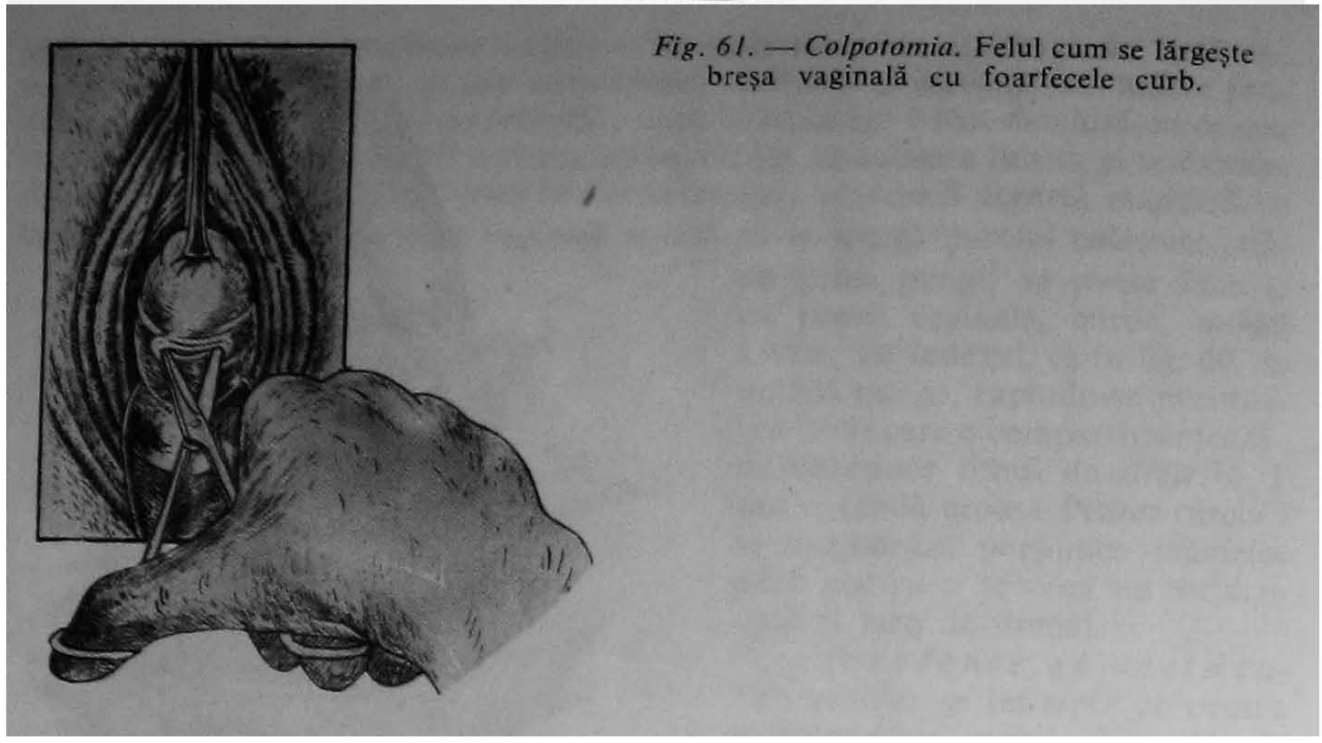


Fig. 61. — Colpotomia. Felul cum se lărgește breșa vaginală cu foarfecele curb.

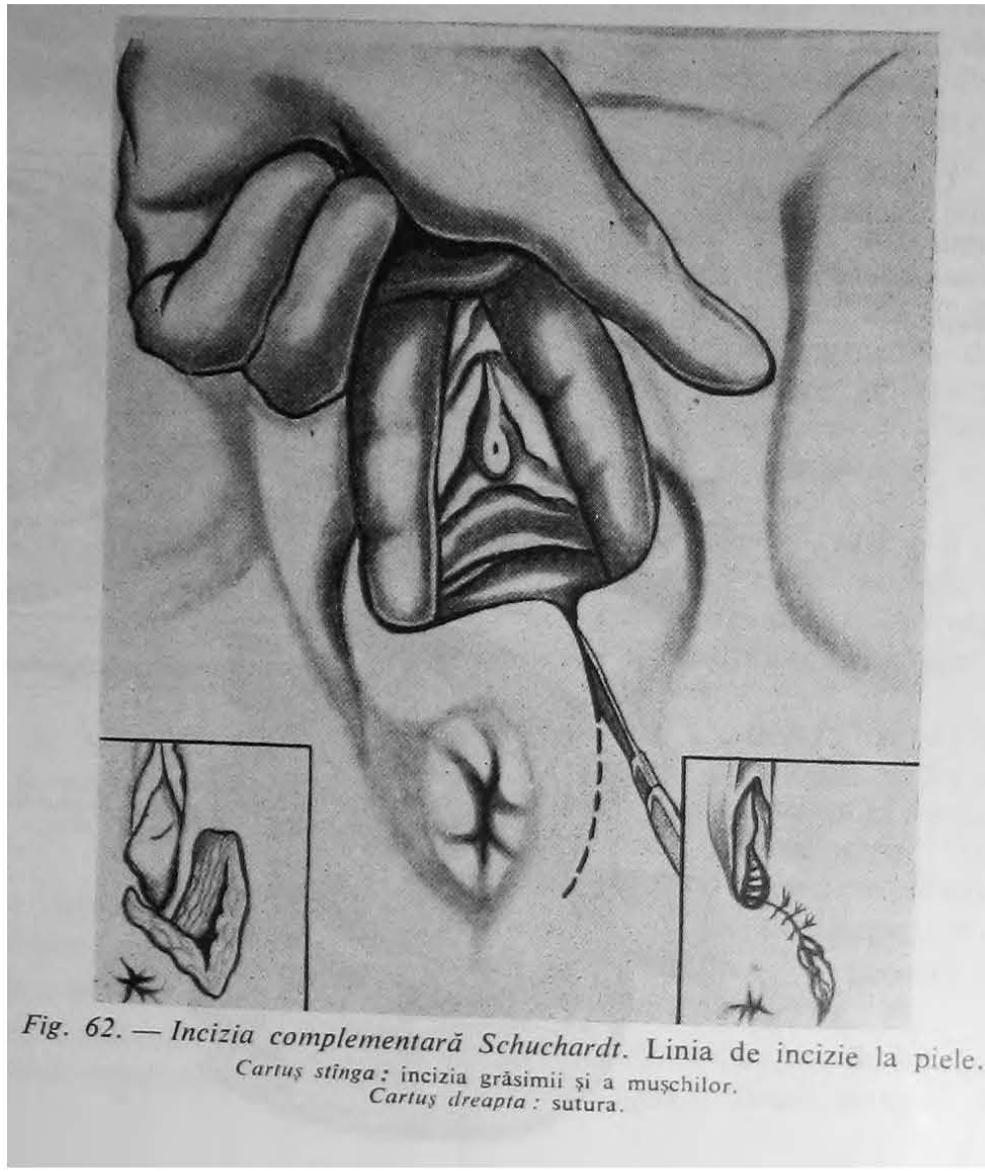


Fig. 62. — Incizia complementară Schuchardt. Linia de incizie la piele.
Cartuş stînga : incizia grăsimii şi a muşchilor.
Cartuş dreapta : sutura.

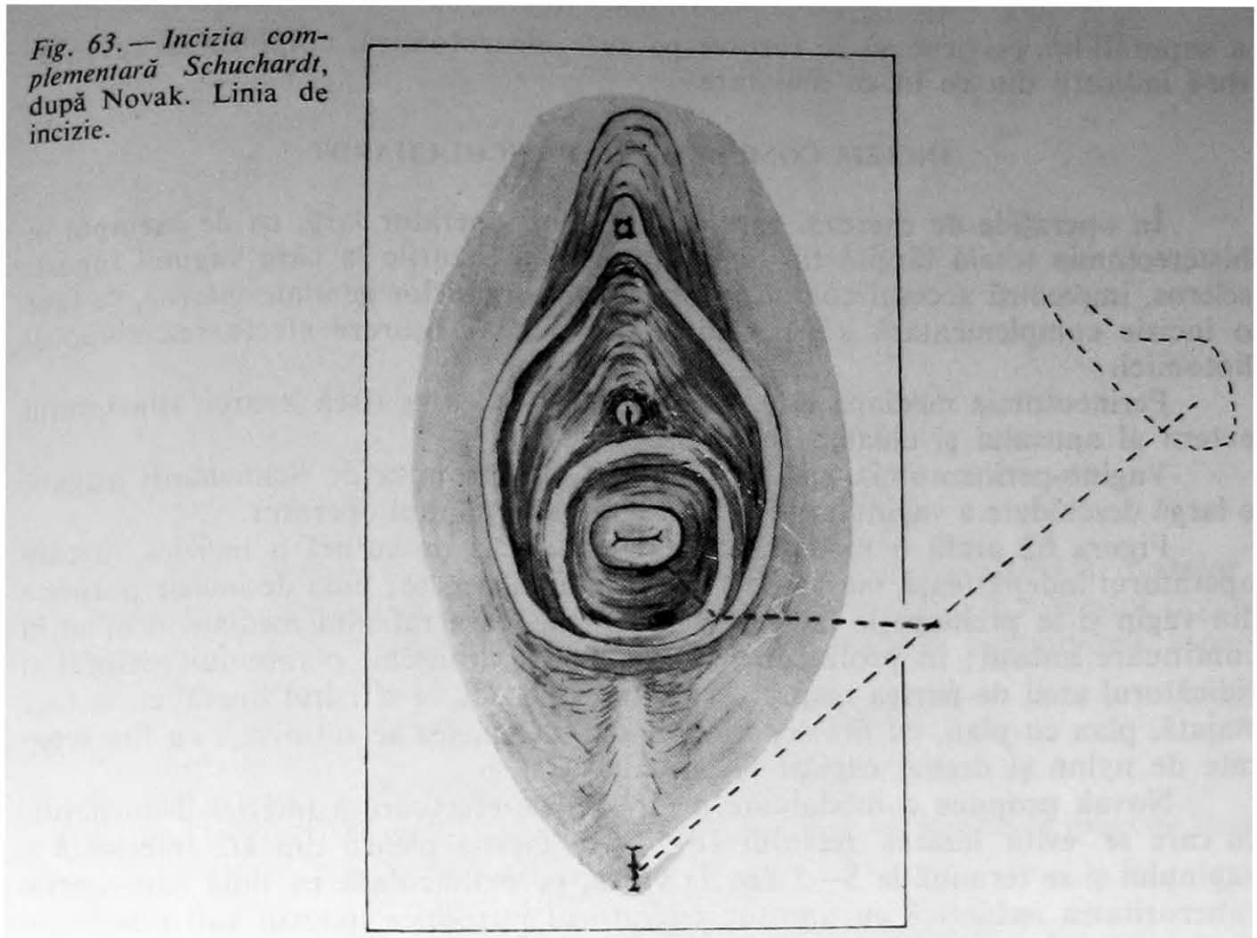


Fig. 63. — Incizia complementară Schuchardt, după Novak. Linia de incizie.

Fig. 64. — Incizia complementară Schuchardt, după Novak. Secţionarea ridicătorului anal pe index.

a supuraţiilor pelviene să se rezolve pe care laparotomică, colpotomiei revenin- du-i indicaţii din ce în ce mai rare.

INCIZIA COMPLEMENTARĂ SCHUCHARDT

În operaţiile de exereză, care cer un cîmp operator larg, ca de exemplu în histerectomia totală lărgită tip Schautta, sau la cazurile la care vaginul îngust, scleros, împiedică accesul comod în abordarea organelor genitale interne, se face o incizie complementară a perineului, capabilă să uşureze efectuarea colpoce- liotomiei.

Perineotomia mediană este o soluţie, dar cu ea se riscă lezarea sfincterului extern al anusului şi chiar a rectului.

Vagino-perineotomia medio-laterală stîngă propusă de Schuchardt asigură o largă deschidere a vaginului şi o bună lumină în cîmpul operator.

Figura 62 arată o modalitate de efectuare şi de sutură a inciziei, în care operatorul îndepărtează marginile vulvei cu două degete; linia de incizie porneşte din vagin şi se prelungeşte la piele, la 2 cm în afara rafeului median, ocolind în continuare anusul; în profunzime se secţionează muşchii planşeului perineal şi ridicătorul anal de partea respectivă; sutura inciziei, la sfîrşitul operaţiei, se face etajată, plan cu plan, cu fire separate de catgut; pielea se suturează cu fire separate de nylon şi drenaj capilar (eventual).

Novak propune o modalitate personală de efectuare a inciziei Schuchardt, cu care se evită lezarea rectului (fig. 63): incizia pleacă din 1/3 inferioară a vaginului şi se termină la 3—5 cm de vulvă, perpendiculară pe linia care uneşte tuberozitatea ischiatică cu anusul; operatorul introduce indexul sub ridicătorul anal ca în fig. 64 şi-I secţionează pe deget, la vedere; hemostaza se face imediat, după care se acoperă plaga cu un cîmp moale peste care se pune valva; sutura tuturor planurilor, inclusiv sutura ridicătorului anal, se face la sfîrşitul operaţiei.

OPERAŢII CONSERVATOARE PE OVAR ŞI PE INERVAŢIA SIMPATICĂ

Importanţa pe care o are funcţia *ovocitară* şi cea *endocrină* a ovarelor a determinat îmbogăţirea cu tehnici noi a chirurgiei conservatoare a acestor organe.

Chirurgia conservatoare a ovarelor pune în discuţie următoarele aspecte de conduită:

1.Păstrarea ovarelor în anumite operaţii de exereză:

— în histerectomii;

— în salpingectomii.

2.Păstrarea unui singur ovar sau a unei porţiuni din acesta în anumite forme de patologie a acestor glande:

— în tumorile benigne solide sau chistice;

—- în inflamaţiile cronice şi în sechelele postinflamatorii.

3.Păstrarea ovarului sau a unei porţuni de ovar pentru menţinerea funcţiei gametogene (gestative):

— în distrofiile polichistice;

— în chisturile funcţionale;

— în procedeele de implantare a ovarului în uter.

4.Ameliorarea funcţiilor ovarului prin operaţii plastice şi neurotrofice

în acest capitol vor fi prezentate numai acele tehnici menite să păstreze sau să amelioreze funcţiile ovarului atîta vreme cît starea lui anatomică nu este definitiv compromisă. Technicile operatorii care urmăresc restaurarea funcţiilor pierdute — de exemplu grefele de ovar — vor fi decrise la capitolul « Operaţii ginecologice plastice şi reparatoare» (cap. II).

1. PĂSTRAREA OVARELOR ÎN ANUMITE OPERAŢII DE EXEREZĂ

Principii şi eficienţă. în acest capitol nu este vorba de intervenţii pe ovare, ci de păstrarea acestora in situ, cu ocazia altor tipuri de operaţii ginecologice mai mult sau mai puţin mutilante, de exemplu, în histerectomii şi în salpingectomii.

Importanţa covîrşitoare pe care o are funcţia endocrină a ovarelor pentru menţinerea echilibrului biologic al organismului şi a troficităţii aparatului genital face ca, în mai toate operaţiile de exereză, păstrarea ovarelor să fie o conduită de principiu pentru evitarea tulburărilor de castrare.

Indicaţii. în histerectomiile subtotale sau totale efectuate pentru procese patologice benigne, păstrarea uni- sau bilaterală a anexelor este conduita obişnuită la femeia înainte de menopauză.

Navratil şi Graz şi la noi Aburel opiniau pentru păstrarea ovarelor chiar şi în histerectomiile totale pentru cancerul intraepitelial al colului, conduită combătută de Bourg (7). Metastazele ovariene sînt rare în cancerul colului şi nu este dovedit, după părerea lui Käser (37) că hormonii steroizi ovarieni stimulează creşterea tumorii. McCall este de părere că păstrarea anexelor nu influenţează în timp, prognosticul acestor bolnave.

în salpingectomii, în special în salpingectomiile pentru sarcini ectopice, în salpingita cronică hipertrofică şi în hidrosalpinx.

Contraindicaţii. Păstrarea ovarelor este contraindicată în histerectomiile totale pentru cancerul de col invadant, în histerectomiile totale pentru cancerul de endometru şi în tumorile maligne ale ovarului. Necesitatea de a se extirpa ovarele în cancerul corpului uterin este dictată de frecvenţa metastazelor ovariene şi de rolul pe care îl au hormonii estrogeni în apariţia şi creşterea cancerului de endometru.

Condiţii de efectuare. Pentru ca ovarele să-şi păstreze funcţia endocrină sînt necesare trei condiţii:

— ovarele să fie sănătoase;

— să fie cît mai puţin lezată vascularizaţia şi inervaţia;

— să se păstreze ori de cîte ori este posibil şi trompele.

Cu păstrarea trompelor se respectă două condiţii necesare menţinerii troficităţii ovarelor restante: arcadele vasculare tubo-ovariene (fig. 65) şi mucoasa tubară. Rolul mucoasei trompei în menţinerea funcţiei ovariene nu este admis de toţi autorii şi Macquot (56) consideră că păstrarea trompelor nu este indispensabilă dacă extirparea lor se face în aşa fel încît vascularizaţia ovarului să nu fie compromisă (vezi salpingectomia subseroasă p. 143).

Studiind vascularizaţia ovarului, Macquot (55) afirmă că există oarecare independenţă între vascularizaţia acestuia şi vascularizaţia trompelor şi că vascularizaţia ovarului nu este tributară nici sistemului tubar intern, nici sistemului tubar extern, încît păstrarea trompelor odată cu păstrarea ovarelor nu este decît o simplificare de tehnică, nefiind justificată de criteriul anatomic vascular.

Cu sau fără conservarea trompei, păstrarea vascularizaţiei ovarului este o condiţie esenţială. Multe eşecuri se datoresc, ori faptului că nu s-a avut destulă grijă pentru respectarea acesteia, ori faptului că vascularizaţia nu este de acelaşi tip anatomic în toate situaţiile.

în ceea ce priveşte irigaţia arterială a ovarelor, Macquot şi Rouvillois (55) au stabilit patru tipuri (fig. 66) Cele mai frecvente sînt tipurile I şi II.

In tipul I ovarul este irigat în mod egal de ramura ovariană a arterei uterine şi de ramura ovariană a arterei tubo-ovariene. O ligatură unică, aplicată la oricare din polii ovarului, nu compromite vascularizaţia acestuia, ea fiind de tipul irigaţiei anastomozice biarteriale cu teritorii nedistincte.

In tipul II vascularizaţia este tot anastomotică biarterială, dar cu teritorii distincte, încît o ligatură plasată, de exemplu, la polul intern compromite irigaţia jumătăţii interne a ovarului.

în tipurile III şi IV vascularizaţia ovarului este monoarterială. în tipul Iii ovarul fiind irigat numai de artera uterină, ligatura acesteia îi compromite vascularizaţia, iar în tipul IV ovarul fiind irigat numai de artera ovariană urmează aceeaşi consecinţă dacă se aplică o ligatură la polul superior al acestuia.

Respectarea vascularizaţiei ovarului nu depinde numai de felul cum sînt dispuse arterele ovariene şi tubare, ci şi de lungimea mezourilor, de starea anatomică a anexelor şi de modificările patologice existente la nivelul lor.

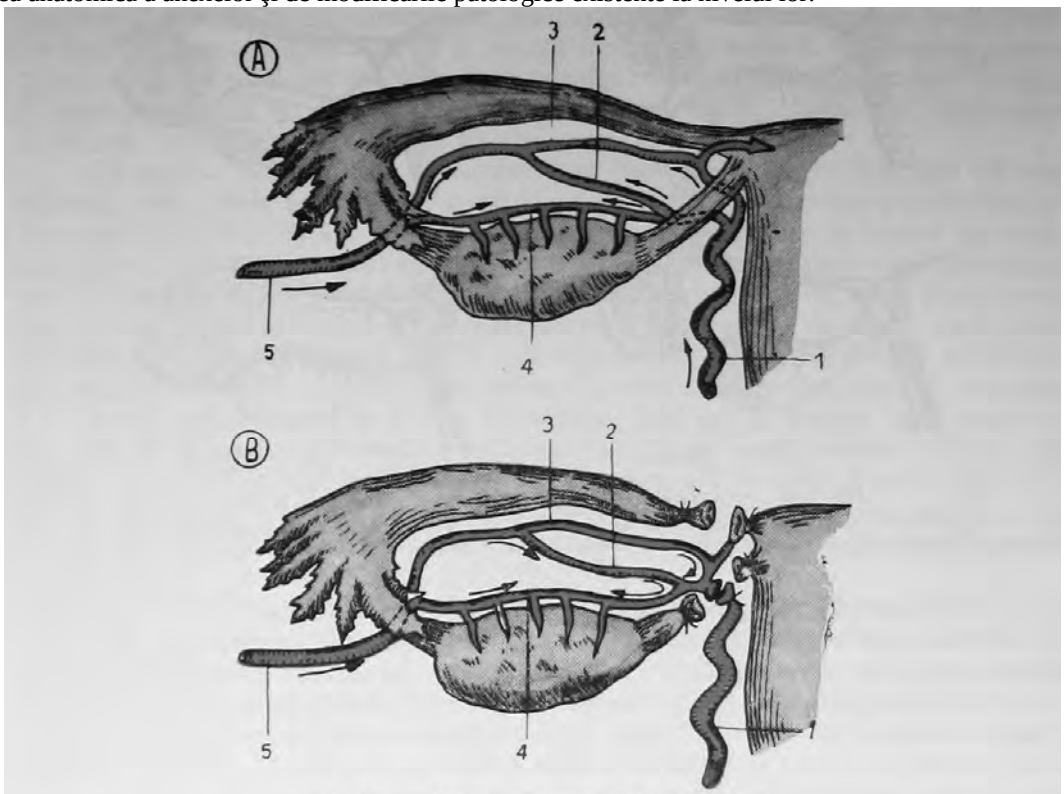


Fig. 65. — Arcada vasculară tubo-ovariană :
A — circulaţia normală. *B* — circulaţia după secţionarea arterei uterine la nivelul cornului uterin. *1* — artera uterină. *2* — artera tubară mijlocie; *3* — arcada tubară; *4* — arcada ovariană; 5 — artera ovariană (după P. Kamina).

O altă condiţie pentru păstrarea ovarelor este starea lor de sănătate. Ovarele infectate sau cu degenerescenţă micro-polichistică accentuată nu numai că nu corespund din punct de vedere funcţional scopului pentru care sînt păstrate, dar produc ulterior dureri, necesitînd adeseori o nouă intervenţie. « Conservatorismul» este o conduită de principiu în chirurgia ginecologică actuală, dar care nu trebuie aplicată la întîmplare, numai din dorinţa de a face o operaţie conservatoare.

Ţinîndu-se seama de condiţiile de efectuare pe care le-am analizat sînt corespunzătoaie atitudinii conservatoare acele ovare sănătoase sau puţin modificate, care se pretează păstrării lor anatomice, foarte apropiată de cea normală. Cu alte cuvinte, păstrarea ovarelor cu scopul de a se evita tulburările de castrare trebuie să ţină seama, în afară de vîrsta femeii, şi de situaţia anatomică locală şi de valoarea funcţională a acestora, diferită de Ia caz Ia caz, în histerectomiile pentru fibrom ablaţia ovarelor, chiar la o femeie mai vîrstnică, produce importante tulburări neuro-vegetative, care se instalează rapid şi zgomotos; ablaţia ovarelor, în caz de abces tubo-ovarian, produce tulburări de castrare mai puţin accentuate, chiar Ia femeile tinere.

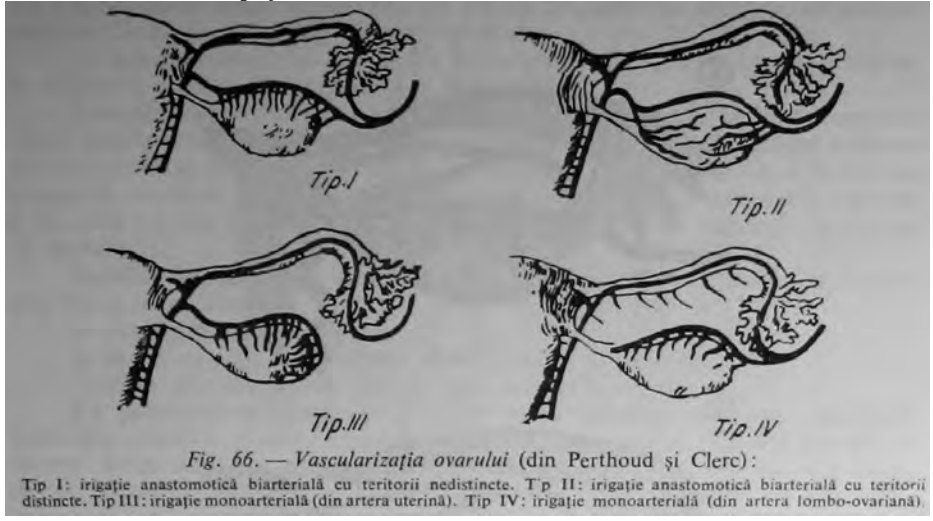


Fig. 66. — Vascularizaţia ovarului (din Perthoud şi Clerc):
Tip I: irigaţie anastomotică biarterială cu teritorii nedistincte. Tip II: irigaţie anastomotică biarterială cu teritorii distincte. Tip III: irigaţie monoarterială (din artera uterină). Tip IV: irigaţie monoarterială (din artera lombo-ovariană).

Un alt aspect legat de păstrarea ovarelor în operaţiile multilante ale uterului şi trompelor este acela al traumatismului intraoperator condiţionat de extirparea unui ovar sau de rezecţia parţială a unuia sau a ambelor ovare. Situaţia cea mai favorabilă este aceea cînd se poate evita orice traumatism la nivelul ovarelor şi cînd ambele ovare pot fi păstrate împreună cu rompele respective. Experimental şi clinic (Lippschutz) s-au dovedit modificările morfo-funcţionale ale ovarului restant după extirparea unui singur ovar, iar Max Aron şi Crângu (16) au demonstrat influenţa nefastă pe care o are traumatismul, atît asupra ovarului rezecat, cît şi asupra celui sănătos, datorită reflexului nociv ovaro- neuro-ovarian produs de actul chirurgical.

Extirparea unui singur ovar produce de cele mai multe ori degenerarea micro-polichistică a ovarului restant, însoţită de dureri iar uneori, transformarea acestuia într-o tumoare chistică voluminoasă, cu importante dificultăţi chirurgicale în tratamentul ei. Totuşi, la femeile tinere este mai bine să se păstreze chiar numai un singur ovar, dacă acesta este sănătos. La femeile în jurul menopauzei este mai indicat să se recurgă la castrare (vezi pag. 110).

Ţinîndu-se seama de consecinţele factorilor traumatici, se caută să se evite, atît castrările unilaterale şi mai ales rezecţiile parţiale, cît şi comprimarea sau răsucirea hilului ovarului cu ocazia peritonizării pelvisului.

Principii de tehnică. Pentru *păstrarea anexelor în histerectomii* trebuie să se ţină seama de următoarele reguli:

OPERAŢII CONSERVATOARE PE OVAR ŞI PE INERVAŢIA SIMPATICĂ

— examinarea atentă a ovarelor şi trompelor;
— păstrarea anexelor în întregime (trompe şi ovare);
— respectarea arcadei anastomotice vasculare tuboovariene.

Pentru ca să fie respectată această arcadă vasculară, este de preferat ca fiecare element anatomic care intră în componenţa pediculului anexial să fie pensat, secţionat şi ligaturat separat, întîi ligamentul rotund, apoi trompa şi la urmă ligamentul ntero-ovarian. Se poate începe şi în sens invers de la ligamentul utero-ovarian spre ligamentul rotund. Trompa, ligamentul utero-ovarian şi ligamentul rotund se secţionează cît mai aproape de uter. Ligatura se face cu fir trecut cu acul pentru trompă şi pentru ligamentul rotund. Secţionarea întregului pedicul anexial inclusiv şi a ligamentului rotund, între două pense Kocher şi legarea bontului cu un singur fir, riscă să compromită circulaţia de întoarcere în arcada tubo-ovariană (fig. 65 B).

Cu ocazia peritonizării pelvisului este indicat ca bontul trompei să fie înfundat sub foiţele peritoneale, ovarul rămînînd liber în cavitatea abdominală. Procedeele de peritonizare care aduc foiţele ligamentului larg la bontul cervical, sau acelea care fixează bontul anexial la bontul rămas după histerectomie, procedee care au drept scop să prevină prolapsul, nu sînt recomandabile, fiind periculoase pentru vascularizaţia ovarelor. Anumite distrofii chistice ale ovarelor şi sindroame dureroase după histerectomii, pot fi urmarea acestor procedee. Pentru profilaxia prolapsului aşa-numit « de bont» se folosesc numai capetele ligamentelor rotunde.

Dacă peritonizarea se face «în surjet», firul nu se strînge tare pentru a nu plisa peritoneul, care poate comprima sau răsuci vasele hilului ovarian. în general se dă preferinţă peritonizării cu fire separate în locul firului continuu. Un alt avantaj al peritonizării cu fire separate este că lasă peritoneul lipit de pereţii pelvisului, evitînd «spaţiul mort» care rămîne după peritonizarea cu « surjet».

Pentru păstrarea ovarului în salpingectomii se iau aceleaşi măsuri pentru ca arcada vasculară a ovarului să nu fie compromisă. Pentru aceasta trompa se secţionează lîngă uter şi se leagă cu un fir care prinde strict capătul trompei şi artera tubară internă, evitînd restul mezosalpinxului. Trompa se extirpă dinăuntru în afară, tăind progresiv mezosalpinxul cît mai aproape de pereţii ei (salpingectomie retrogradă); micile arteriole care sîngerează în patul mezosalpinxului se pensează şi se leagă separat, la vedere. Artera tubară externă se leagă cît mai departe de polul extern al ovarului. Peritonizarea se face cu « surjet» (fir subţire de catgut) prinzîndu-se cît mai din margine foiţele mezosalpinxului, sau cu puncte separate. Cînd este posibil se preferă salpingectomia subseroasă.

2. PĂSTRAREA UNUI OVAR SAU MĂCAR A UNEI PORŢIUNI DE OVAR ÎN ANUMITE STĂRI PATOLOGICE BENIGNE ALE ACESTOR ORGANE

Din punct de vedere chirurgical, patologia ovarului se prezintă sub patru aspecte:

— tumori benigne (solide sau chistice);
— inflamaţii (pioovar); ; :
— distrofii (degenerescentă sclero-polichistică, chisturi funcţionale);
— modificări circulatorii, de poziţie şi nevralgii.

Aici, vom expune numai primele două aspecte: tumorile şi înflamaţnle. Distrofiile ovarului se găsesc prezentate în capitolul următor (p. 113), iar nevralgiile în capitolul «Ameliorarea funcţiei ovariene» (p. 125).

a) CHIRURGIA lN TUMORILE BENIGNE ALE OVARULUI

Tumorile benigne ale ovarului, solide sau chistice, se întîlnesc foarte des în practica ginecologică. Ele apar, în general, la persoane tinere şi se însoţesc de sterilitate.

Principii şi eficienţă. Principiile acestei chirurgii sînt:

— extirparea leziunii;
— menţinerea funcţiei endocrine şi
— restabilirea funcţiei gestative, prin păstrarea unui ovar sau a unei porţiuni de ovar.

Fiind vorba de leziuni benigne, solide sau chistice, tehnicile chirurgicale se bazează pe principiul conservării funcţiei ovariene. Extirparea în întregime a unui ovar, impusă de aspectul leziunii, deşi este o operaţie radicală, se încadrează printre operaţiile conservatoare, întrucît funcţia este menţinută de celălalt ovar rămas.

OVARECTOMIA UNILATERALĂ

Indicaţii. Ovarectomia unilaterală este indicată în tumorile solide şi lichide ale ovarului (fibrom, chist seros, chist mucoid, chist dermoid, guşă ovariană) şi în supuraţii (pioovar), la femeile la vîrsta de procreare.

Contraindicaţii. Ovarectomia unilaterală este contraindicată cînd procesele patologice ovariene sînt bilaterale, la femeile în vîrstă sau trecute de menopauză, ca şi în cazurile asociate cancerului uterin şi tubar.

Condiţii de efectuare. Procesul patologic ovarian să fie accesibil din punct de vedere chirurgical, ovarul contralateral să fie sănătos şi uterul normal.

Noţiuni anatomo-clinice. Tumorile benigne sînt în general unilaterale. Ele sînt încapsulate, fie că sînt solide, fie că sînt chistice, şi interesează întreg ovarul sau numai o parte din el. Acest detaliu este important fiindcă sînt cazuri cînd se poate extirpa tumoarea fără să se sacrifice ovarul respectiv.

Din punct de vedere operator, tumorile benigne sînt, ori libere, lipsite de aderenţe, ori incluse în ligamentul larg. Tumorile solide sînt în general de volum mic sau mijlociu, faţă de tumorile chistice care pot ajunge la un volum foarte mare. Important de reţinut este faptul că volumul tumorilor lichide poate fi redus în timpul operaţiei, prin puncţionarea şi aspirarea conţinutului.

Tumorile de ovar, chiar cînd sînt de aparenţă benignă, trebuie suspectate în sensul unei neoplazii. De aceea, sînt necesare examenul histopatologic extem- poraneu prin deschiderea tumorii imediat după extirpare şi controlul intra- operator al ovarului opus (bilateralitatea tumorilor benigne este rară, dar nu exclusă).

Noţiuni de fiziopatologie. Leziunile fiind incurabile prin alt tratament, scoaterea ovarului este o necesitate dictată de caracterul şi întinderea acestora, cu atît mai mult cu cît tumorile benigne ale ovarului sînt considerate de unii autori (N. N. Petrov) ca stări precanceroase. Ovarul bolnav este în general compromis din punct de vedere funcţional şi extirparea lui nu produce perturbaţii hormonale cu consecinţe asupra ovarului restant, aşa cum se întîmplă cînd se scoate un ovar cu ţesut în stare de activitate (de exemplu în degenerescenţa sclero- chistică, sau în chisturile foliculare). Ablaţia tumorii în asemenea situaţii asigură vindecarea bolnavei şi pune aparatul genital în condiţii mai bune de funcţionare, prin suprimarea influenţei inhibitoare pe care ovarul bolnav o exercită asupra ovarului sănătos. Aşa se explică sarcinile care urmează după extirparea unei tumori ovariene unilaterale, la femei tinere, sterile pînă la data operaţiei.

Dacă ovarul nu este în întregime invadat de procesul tumoral, ovarectomia unilaterală produce hipertrofia reacţională a ovarului restant, uneori la scurt interval după operaţie. Degenerarea chistică a acestuia survine totuşi rar şi după o scurtă perioadă (cîteva săptămîni) se stabilesc interrelaţii neuro-hormonale noi, care menţin ovarul restant la volumul său normal.

Păstrarea trompei în ovarectomia unilaterală. în tumorile benigne ale ovarului trompa respectivă este sănătoasă şi ca atare trebuie păstrată; în felul acesta, dacă, eventual, trompa cealaltă nu este permeabilă, se păstrează şansa unei sarcini prin migrarea intrapelviană a ovulului de la ovarul restant la trompa opusă (fecundaţie contralaterală).

Deseori în tumorile chistice voluminoase trompa este foarte alungită pe tumoare, încît după decolare rămîne fără mezou şi cu vascularizaţie mediocră în porţiunea ei pavilionară. în această situaţie, lăsată liberă, aceasta se poate torsiona şi necroza, din care cauză este mai prudent să fie extirpată.

Pregătirea preoperatorie. Pregătirile preoperatorii sînt cele obişnuite unei laparotomii ginecologice. Urografia şi examenul echografic sînt întotdeauna utile.

Anestezia generală prin intubaţie oro-traheală.

Tehnica şi tactica operatorie. Din punct de vedere tehnic, ovarectomia este o operaţie extrem de simplă în tumorile libere; în tumorile aderente şi mai ales în cele incluse, operaţia poate prezenta dificultăţi importante, care pun la încercare pe cel mai abil chirurg. în cele ce urmează vom prezenta conduita tehnică de ales, în raport cu varietăţile anatomo-patologice întîlnite.

Tumorile dure. Luăm ca exemplu, fibromul de ovar. Aceste tumori sînt în general pediculate şi de volum mic sau mijlociu, astfel încît extirparea lor este simplă: celiotomie mediană sau Pfannenstiel; exteriorizarea tumorii cu mîna în afara abdomenului; această manevră face vizibil pedicului lombo-ovarian, care se secţionează între două pense curbe, Kocher sau J. L. Faure; ligalura bontului se face cu material neresorbabil (nylon sau aţă), firul trecîndu-se cu un ac Hagedorn curb şi subţire; se aplică întotdeauna o a doua ligatură de siguranţă, liberă, după care bontul se înfundă în bursă (atenţie la ureter care la acest nivel trece pe sub peritoneul parietal, în vecinătatea in ernă a pediculului lombo- ovarian, şi la felul cum se aplică ligaturile pe bont). Pentru a evita lezarea uretelerului se recurge la două manevre: se întinde bine ligamentul lombo-ovarian şi cu pensa de hemostază se pătrunde prin zona transparentă şi avasculară care se formează între ligament şi ureter, sau se secţionează cu foarfeca peritoneul prrietal în afara ligamentului lombo-ovarian şi cu foarfeca boantă închisă, sau cu o pensă curbă se izolează pachetul vascular, la vedere, dinafară înăuntru.

Dacă trompa este aderentă la tumoare se decolează şi se extirpă numai dacă rămîne fără mezou pe o porţiune prea mare, altfel este lăsată pe loc. Pentru a se evita torsionarea acesteia, se prinde partea rămasă liberă cu clteva fire de catgut subţire, de foiţele ligamentului larg.

Dacă trompa este foarte aderentă şi decolarea ei dificilă (lasă un organ inutil funcţional), se procedează de la început la anexectomie. Pentru aceasta se aplică pense de hemostază deasupra tumorii, pe ligamentul lombo-ovarian şi sub ea, pe pediculul format de trompă şi de ligamentul utero-ovarian, la nivelul cornului uterin. Se preferă pense curbe lungi, ale căror vîrfuri se întîlnesc de-a lungul mezosalpinxului. Se secţionează cu foarfecele curb dinăuntru în afară, trompa, mezoul şi pediculul lombo-ovarian, sau invers, din afară înăuntru, înce- pînd cu pediculul tubo-ovarian. După extirparea tumorii şi după aplicarea liga- turilor de hemostază, se închide ligamentul larg cu «surjet», înfundîndu-se bonturile create.

în tumorile aderente se procedează de la caz la caz, după natura şi întinderea aderenţelor. De obicei, aderenţele epiplooice sau intestinale se găsesc la polul superior al tumorii. Aderenţele epiplooice se secţionează între două pense, iar intestinele aderente se decolează cu foarfecele bont sau cu compresa, căutîn- du-se totodeauna planul de clivaj şi menţinerea contactului permanent cu pereţii tumorii. Dacă nu se găseşte un plan de clivaj bun, se atacă tumoarea prin faţă, ceea ce permite decolarea ei de jos în sus, polul inferior fiind de obicei mai puţin aderent.

în toate cazurile, peretele abdominal se închide fără drenaj, dar numai după ce s-au controlat anexa opusă, apendicele şi ansele intestinale eventual depolisate.

La acest capitol, fiind vorba de fibromul de ovar, înainte de a se porni la extirparea tumorii este bine să se vadă dacă ea nu poate fi decorticată şi o porţiune din ovar să fie păstrată. Această încercare este de dorit, mai ales în tumorile bilaterale. După extirparea tumorii, ţesutul ovarian rămas se suturează cu un surjet de catgut, sîngerarea fiind minimă. Conduita aceasta este indicată cu condiţia să se verifice natura histologică a tumorii în timpul operaţiei şi să existe puţin ţesut ovarian normal la nivelul hilului.

Tumori chistice mici şi mijlocii. Se procedează la fel ca în tumorile solide, fie că sînt libere, fie că sînt aderente, cu menţiunea că în tumorile chistice se poate păstra, mai uşor şi mai frecvent, partea de ovar sănătoasă. Pentru aceasta, după deschiderea abdomenului şi exteriorizarea tumorii, se apreciază, în primul rînd, dacă este un chist al ovarului sau un chist paraovarian. In prima

eventualitate[1] se caută partea unde se găseşte ţesutul ovarian normal, orientîndu-ne după pedicul, culoare şi consistenţă şi cu bisturiul se incizează în peretele chistului (fig. 67), la oarecare distanţă, găsindu-se întotdeauna un spaţiu de clivaj (fig. 68).

Tumoarea se enuclează cu uşurinţă şi ovarul este reconstituit cu un fir surjet de catgut (fig. 69). Această conduită este valabilă pentru chisturile seroase şi dermoide. In toate cazurile, conduita conservatoare trebuie să se sprijine pe verificarea benignităţii tumorii în timpul operaţiei. Pentru aceasta, tumoarea se deschide imediat după extirpare şi dacă există îndoială asupra naturii ei, se recurge la castrare.

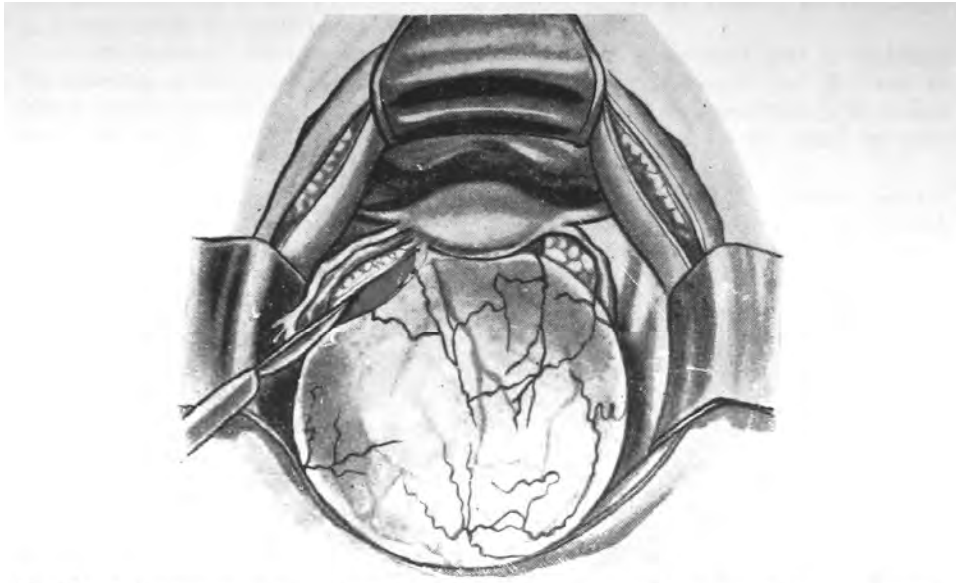


Fig. 67. — Chistectomie (după Wagner). Extirparea tumorii chistice, cu păstrarea porţiunii sănătoase a ovarului.

Dacă chistul este paraovarian, ovarul, aderent de tumoare, se clivează cu uşurinţă şi păstrarea lui trebuie să fie o regulă.

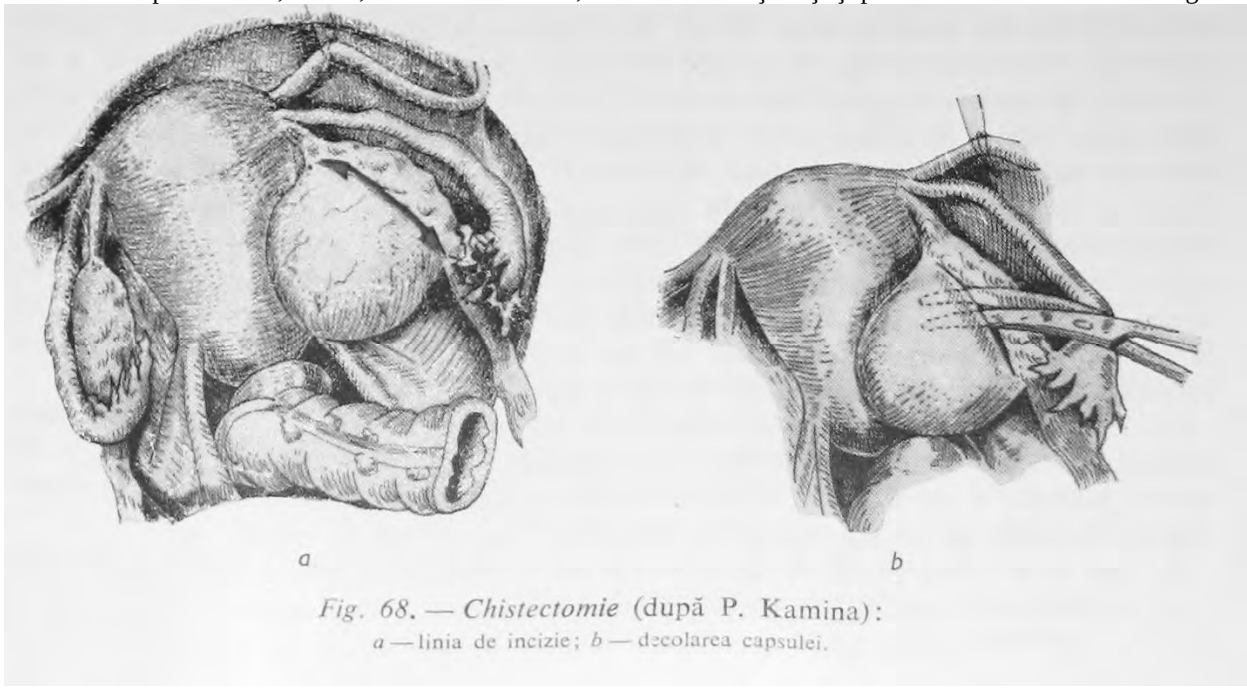


Fig. 68. — Chistectomie (după P. Kamina):
a — linia de incizie; *b* — decolarea capsulei.

[1] Chisturile ovarului — seroase, mucoide sau dermoide — **rezultă din iacluzii ale epite-** liului germinativ (ecto- sau endodermic) în parenchimul ovarului. **Creşterea lor se face împin-** gînd la periferie acest parenchim, de aceea există posibilitatea **de a** fi **enucleate.**

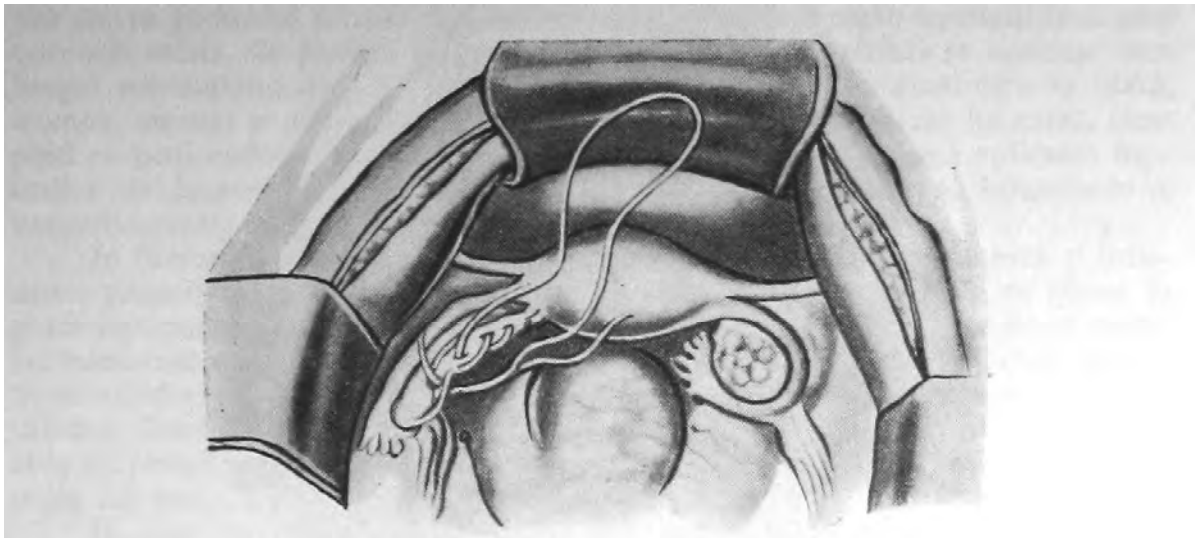


Fig. 69. — Chistectomie (după Wagner). Reconstituirea ovarului cu surjet de catgut, după extirparea tumorii chistice.

Tumori c h i s t i c e voluminoase. în raport cu varietatea anatomică extirparea acestora este foarte simplă, alteori extrem de laborioasă şi uneori imposibilă.

Incizia peretelui: întotdeauna mediană, fiindcă permite prelungirea ei în caz că se ivesc dificultăţi intraoperatorii, create de aderenţele tumorii cu organele vecine.

Amănunte tehnice în legătură cu deschiderea abdomenului. Incizia peretelui nu trebuie să fie la început prea lungă, ea putînd fi uşor de prelungit în caz de nevoie. Peretele abdominal poate fi subţiat de tensiunea creată de volumul tumorii, de aceea, incizia pielii trebuie făcută cu atenţie, pentru a nu secţiona şi peretele chistului. Deschiderea peritoneului se face cu aceeaşi prudenţă, pentru a nu deschide peretele chistului sau sinusuri venoase dezvoltate pe suprafaţa acestuia. Tumoarea poate fi aderentă la peritoneul parietal şi vezica să fie trasă în sus. Deseori peritoneul parietal este îngroşat şi nu se lasă prins între două pense. Dacă se insistă, fără a se acorda o deosebită atenţie, se riscă decolarea inutilă subperitoneală sau lezarea vezicii. Este cunoscut faptul că în operaţiile ginecologice, cele mai mari dificultăţi se întîmplă la unghiul inferior al inciziei. De aceea, în cazurile de mai sus, se deschide peritoneul la capătul superior al inciziei, la nevoie prelungind incizia pielii. Cu cît ne depărtăm mai sus, cu atît se măresc şansele ca peritoneul parietal să nu fie aderent la tumoare.

Dacă în timpul deschiderii peritoneului a fost incizat şi peretele chistului, se înclină masa astfel ca lichidul să se scurgă spre unghiul pubian al plăgii. Se poate încerca şi obstruarea orificiului cu o pensă de chist, după ce tensiunea pereţilor scade în urma scurgerii unei părţi din lichid.

în mod obişnuit după deschiderea peritoneului se pot întîlni trei situaţii:

— lichid în cavitatea abdominală (ascită);

— aderenţe;

— prezenţa tumorii cu peretele de culoare albă-albăstruie, marmorat de arborizaţii vasculare.

Ascita însoţeşte de cele mai multe ori o tumoare malignă de ovar; prezenţa lichidului de ascită indică un prognostic sumbru. Cu toate acestea, ascita se întîlneşte şi în tumorile benigne (fibromul de ovar, unele chisturi vegetante benigne), din care cauză prezenţa ei nu trebuie să fie un criteriu de renunţare la încercarea de a continua operaţia.

Aderenţele tumorii la peretele abdominal sînt în general laxe şi alcătuite din aderenţe epiplooice, mai rar vezica sau o ansă intestinală pot fi trase în planul inciziei parietale. Trebuie să ne gîndim la această eventualitate şi în cursul secţionării peritoneului să nu incizăm aceste organe, sau în tot cazul să ştim să recunoaştem la vreme un asemenea accident.

După desfacerea aderenţelor şi deschiderea completă a cavităţii peritoneale se aplică valva suprapubiană şi cu mîna introdusă în abdomen se explorează conturul tumorii, identificîndu-se volumul, forma, consistenţa şi locul de plecare al acesteia.

In mod frecvent, tumorile chistice nu sînt aderente şi imediat după deschiderea peritoneului se observă peretele acestora, de culoare albă-albăstruie, marmorat de numeroase arborizaţii vasculare. Cu mîna introdusă între peritoneu şi chist se caută a se identifica varietatea anatomotopografică a tumorii. Se pot întîlni următoarele eventualităţi:

— chist pediculat liber;

— chist pediculat aderent;

— chist dezvoltat între foiţele ligamentului larg;

— chist torsionat;

— chist rupt;

— chist inoperabil.

Chist pediculat liber. Dacă tumoarea este de volum mijlociu se încearcă exteriorizarea ei cu mîna din abdomen, la nevoie prelungind puţin incizia peretelui. (Nu se aplică pense de tracţiune, fiindcă sparg tumoarea.) Luxarea tumorii din abdomen se face folosind manevre «*asinclitice*»: se exteriorizează o latură, în timp ce ajutorul deprimă peretele abdominal, exercitînd o presiune unilaterală din afară înăuntru, apoi latura cealaltă; în timp ce operatorul cu o mînă deprimă peretele abdomenului, cu mîna rămasă liberă luxează complet tumoarea din abdomen.

Dacă tumoarea nu poate fi luxată, se recurge Ia micşorarea volumului ei prin puncţionarea conţinutului şi nu la prelungirea inciziei peretelui abdominal, deoarece pentru unele tumori mari aceasta ar trebui să fie prea lungă (pericol de eventraţie).

Puncţionarea tumorii este considerată de unii autori ca periculoasă, pe considerentul că se însămînţează peritoneul cu celule epiteliale conţinute în lichidul chistului, predispunînd la recidive. Pentru alţii, lichidul ar fi toxic, sau ar predispune la infecţii postoperatorii, fiind un bun mediu de cultură.

Sîntem de părere că aceste pericole nu trebuie exagerate, cu atît mai mult cu cît se pot lua măsuri de izolare perfectă a cavităţii peritoneale, ca în fig. 70. Numeroase cazuri operate cu puncţionarea chistului în timpul intervenţiei şi neurmate de recidive sînt o dovadă că puncţia poate fi folosită.

În aceste cazuri se procedează astfel: se izolează pereţii abdomenului cu cîmpuri moi: două plasate lateral şi două la unghiurile inciziei (introducerea cîmpurilor se face cu blîndeţe). Se caută o porţiune avasculară pe suprafaţa circumscrisă de cîmpuri şi se perforează peretele chistului cu trocarul (fig. 70). Ajutorul plasează palmele pe laturile abdomenului apăsînd uşor, măreşte presiunea din chist. Pentru ca lichidul să nu se împrăştie pe cîmpul operator, se foloseşte aspiratorul electric, sau se ataşează un tub de cauciuc la capătul trocarului, tub care ajunge lateral, într-un vas colector. In chisturile mucoide se preferă prelungirea inciziei peretelui abdominal. Spargerea acestora în timpul manevrelor de exteriorizare poate produce ulterior boala gelatinoasă a peritoneului. Chisturile uniloculare se golesc aproape complet, mai ales acelea cu conţinut lichid, în chisturile multiloculare este mai bine să se treacă pe cît posibil cu trocarul dintr-o cavitate în alta, decît să se perforeze tumoarea în mai multe locuri.

Pe măsură ce se goleşte conţinutul tumorii, peretele chistului se turteşte încît poate fi apucat cu una sau două pense de chist. Cu una dintre pense se închide orificiul rămas după scoaterea trocarului. Trăgîndu-se uşor de aceste pense (peretele poate fi friabil şi se rupe) şi cu o mînă introdusă îndărătul tumorii, chistul este scos afară din abdomen. Apoi, se introduce un cîmp moale îndărătul tumorii după care se secţionează pediculul între două pense curbe [2] (fig. 71).

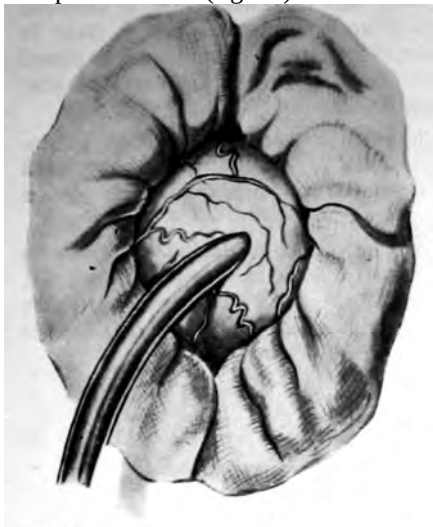


Fig. 70. — Chistectomie. Micşorarea volumului chistului ovarian prin puncţie cu trocarul.

Pensarea şi secţionarea pediculului se face sub controlul vederii. Dacă pediculul este subţire, se leagă cu un singur fir şi bontul se înfundă sub foiţa posterioară a ligamentului larg. Dacă pediculul este gros se pun ligaturi în lanţ ca în fig. 72. Dacă trompa respectivă este normală, se păstrează, la femeile tinere, în formele voluminoase ovarul este compromis în întregime, încît se trece direct la secţionarea pediculului lombo-ovarian.

În chisturile voluminoase trompa este întinsă pe tumoare şi cade odată cu chistul. în acest caz, pediculul se prinde cu două pense, una aplicată dinspre cornul uterului (prinde inserţia trompei şi vasele utero-tubo-ovariene), alta dinspre ligamentul lombo -ovarian, ca in fig. 72. Virfurile penselor se ating sau chiar se depăşesc, cu 1 cm. Secţiunea se face deasupra acestor pense şi ligaturile se aplică, ori separat pentru fiecare pedicul în parte, ori se trece prin vîrful ligamentului larg un fir dublu, de nylon, a cărui buclă se întretaie, iar capetele se petrec astfel ca să formeze două inele de lanţ şi se leagă simultan (operatorul leagă ligamentul lombo-ovarian iar ajutorul, pediculul uterin, sau invers) (fig. 72). Peritonizarea se face cu foiţele ligamentului larg, în bursă (fig. 73).

După terminarea peritonizării se scot cîmpurile de izolare, se controlează hemostaza, uterul, anexa opusă şi apendicele. Se spală Douglasul cu ser fiziologic călduţ şi se închide abdomenul fără drenaj.

2 După extirpare, tumoarea este trecută unui ajutor, pentru a fi secţionată. Dacă pare suspect conţinutul, se trimite un fragment pentru examenul histopatologic extemporaneu.

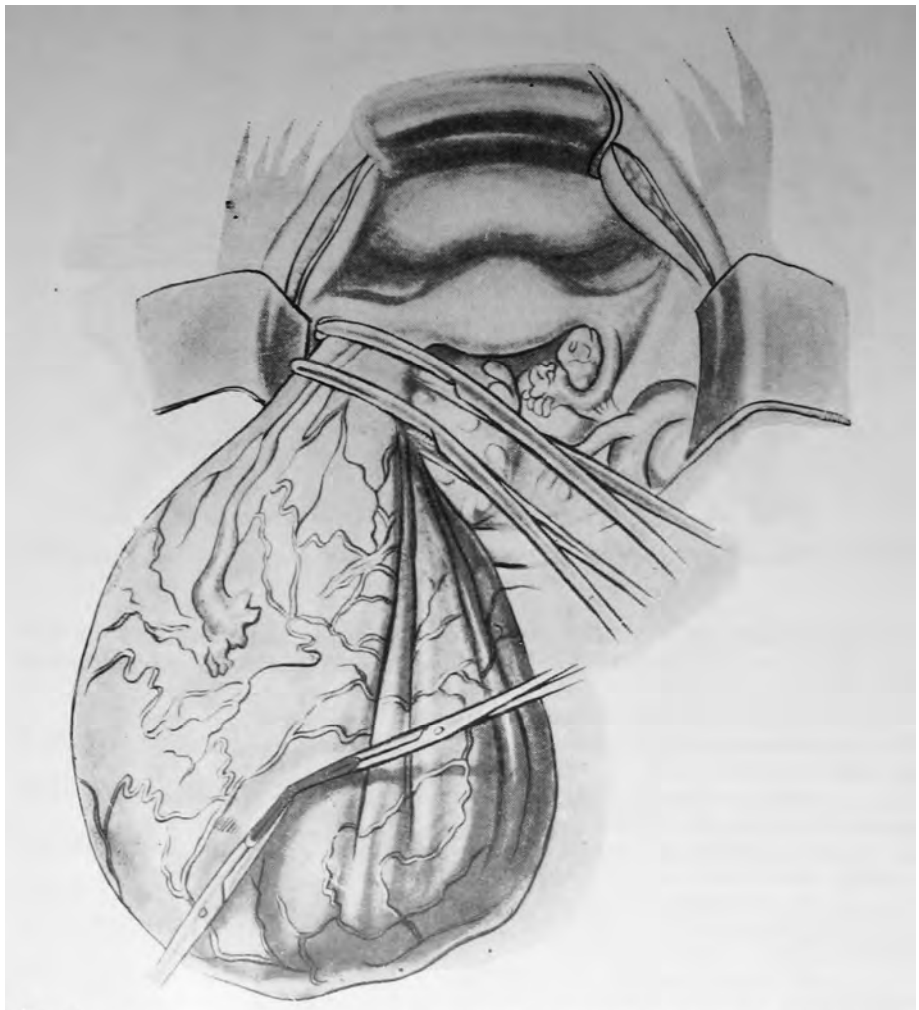


Fig. 71. — Chisteetomie (după Wagner). Exteriorizarea chistului din abdomen şi secţionarea pedicululuí între două pense curbe.

Evoluţia post-operatorie este simplă.

Chist pediculat aderent. în afară de aderenţele parietale despre care s-a amintit cu ocazia deschiderii peritoneului, tumoarea poate prezenta aderenţe pe toată suprafaţa ei, unele laxe, altele rezistente.

Aderenţele laxe sînt recente şi se desfac uşor, fără sîngerare, cu degetul sau cu foarfecele curb. Tensiunea lichidului în chisturile nepuncţionate înlesneşte desfacerea acestor aderenţe.

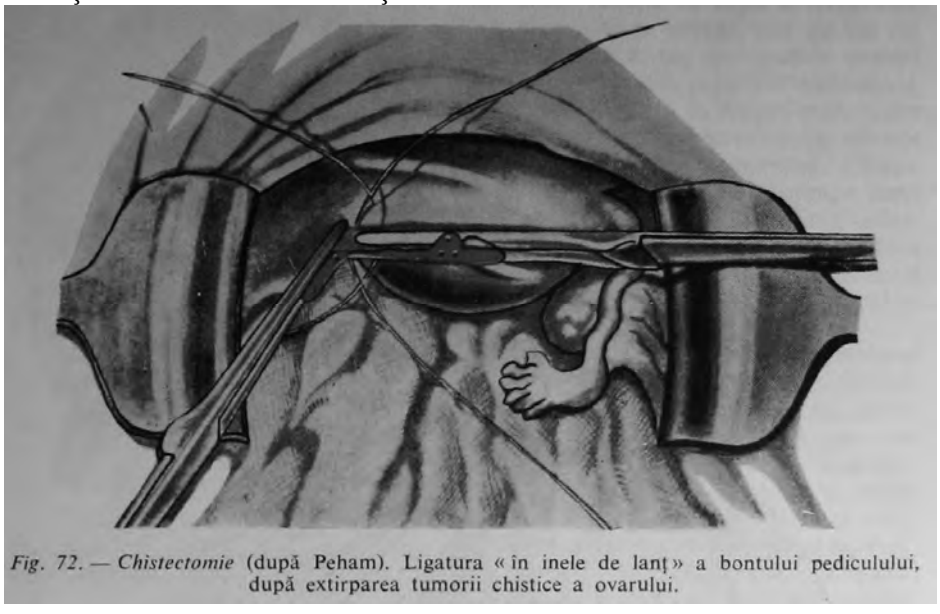


Fig. 72. — Chistectomie (după Peham). Ligatura « în inele de lanţ » a bontului pediculului, după extirparea tumorii chistice a ovarului.

Aderenţele vechi sînt rezistente şi desfacerea lor este anevoioasă din lipsa unui spaţiu de clivaj. Pentru ducerea la bun sfîrşit a operaţiei se cere respectarea cîtorva reguli generale:

—orientare în cîmpul operator, răbdare şi calm;

—desfacerea aderenţelor se face începînd cu cele mai accesibile, lăsîndu-se la urmă porţiunile care par mai grele;

—păstrarea intactă a chistului (pereţii întinşi de tensiunea lichidului înlesneşte desfacerea aderenţelor);

—secţionarea aderenţelor se face între două pense şi numai cu controlul vederii, examinîndu-se cu atenţie toate raporturile anatomice;

—în aderenţele cu organele vecine (intestin, vezică) dacă nu există plan de clivaj, disecţia se face cît mai aproape de peretele chistului, chiar dacă desfacerea organului aderent se face cu o porţiune din peretele tumorii;

—în timpul decolării unui intestin aderent nu se pun pense pe ansa intestinală;

— după secţionarea aderenţelor se pun ligaturi pentru a libera cîmpul operator de pense.

— Aderenţele epiplooice se rezolvă cu cea mai mare uşurinţă; pensare, secţioi- nare şi legare.

Aderenţele intestinale sînt cele mai greu de rezolvat. în aceste situaţii se caută şi se secţionează între pense pediculul uterin. Astfel tumoarea poate fi trasă în afară şi decolată cu mîna de jos în sus (fig. 74). Intestinul aderent este adus în cîmpul operator, oferind o situaţie mai bună pentru decolare sau pentru rezecţie. După decolare, ansa intestinală se controlează: se reface peretele deperi- tonizat (puncte separate), sau se închide orificiul de perforaţie în două straturi. La fel se procedează cu peretele vezical lezat în timpul decolării.

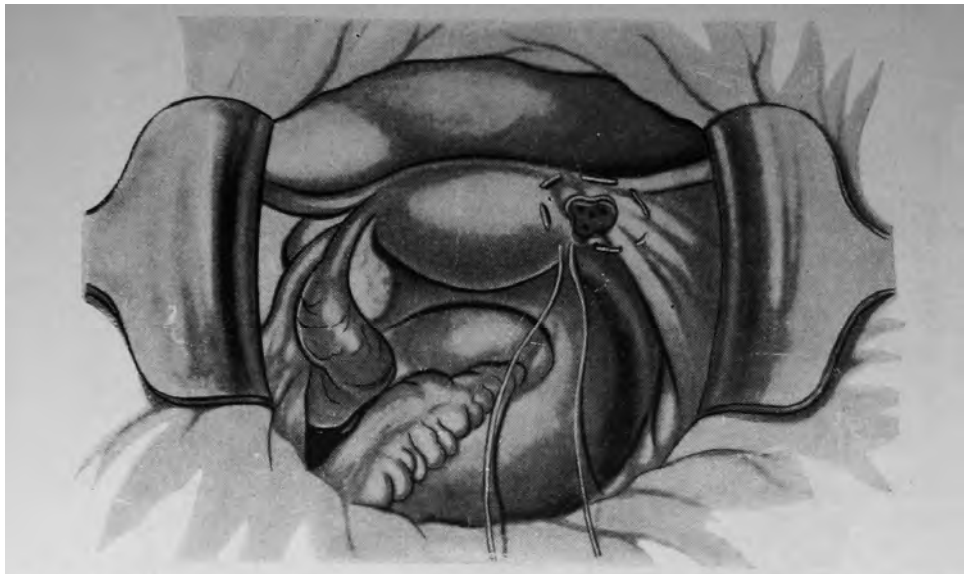


Fig. 73. — Chistectomie (după Peham). Peritonizarea în bursă a bontului, după extirparea chistului ovarian pediculat.

Cînd tumoarea este foarte aderentă, se taie peretele chistului şi se abandonează porţiunea lipită de intestin, sau excepţional, se rezecă ansa intestinală, urmată de anastomoză termino-terminală.

După extirparea chistului se controlează starea tuturor viscerelor cu care fusese aderenl şi se completează hemostaza. Hemoragia în suprafaţă se stăpî- neşte tamponînd loja cu o meşă, sau lăsînd bureţi de fibrină, sau peliculă de Gelaspon.

Abdomenul se închide fără drenaj, după ce s-a controlat starea uterului şi a anexei opuse. Dacă hemoragia în suprafaţă se apreciază ca fiind importantă, se lasă pentru 48 ore o meşă şi un tub de dren.

în situaţia în care tumoarea nu poate fi extirpată şi face bloc cu uterul se recurge la histerectomie subtotală de necesitate prin decolare anterioară sau după procedeul H. Kelly (vezi pag. 342).

Dacă pereţii chistului sînt foarte aderenţi şi extirparea devine riscantă, se recurge la *marsupializare.* Din punct de vedere tehnic se procedează în două moduri, după cum se poate sau nu exciza o parte din pereţii chistului.

Prima eventualitate: marsupializare totală. Este indicată cînd tumoarea nu poate fi deloc izolată. Se incizează peretele chistului în porţiunea lui vizibilă şi marginile sînt suturate cu fire neresorbabile la peritoneul parietal. Se lasă un tub gros de dren simplu sau înfăşurat cu tifon, în interiorul chistului (fig. 75). Peretele abdomenului se suturează obişnuit, deasupra şi dedesubtul drenajului.

Fig. 74. — Chistectomie (după Mocquot). În tumorile ovariene pediculate şi aderente la intestin se secţionează mai întîi pediculii inferiori ceea ce permite introducerea mîinii sub tumoare — dinainte îndărăt şi dinăuntru în afară — şi decolarea ei de jos în sus. Prin această manevră se aduce ansa intestinală în cîmpul operator uşurînd desfacerea aderenţelor prin disecţie atentă cu foarfeca şi secţionarea ligamentului lombo-ovarian.

A doua eventualitate: marsupializare parţială. Este indicata ori de cîte ori fundul tumorii chistice nu poate fi extirpat. Se procedează asîfo : se izolează cît se poate pereţii apoi se goleşte conţinutul chistului prin punct ie v - prin incizie. Cu două pense de chist se apucă pereţii şi se trage punga cil mai spre unghiul pubian al inciziei. Ajutorul menţine în afara plăgii abdominale punga exteriorizată, trăgînd uşor de aceste pense (fig. 76). Operatorul execută cu un ac Hagedorn subţire, sau cu un Reverdin mic, o coroană de puncte neperforante, prinzînd cu catgut conul format de emergenţa pereţilor chistului la peritoneul parietal şi la aponevroza drepţilor. Acul însăilează peretele chistului în sens orizontal, iar cele două capete ale firului se leagă deasupra aponevrozei, dinăuntru în afară.

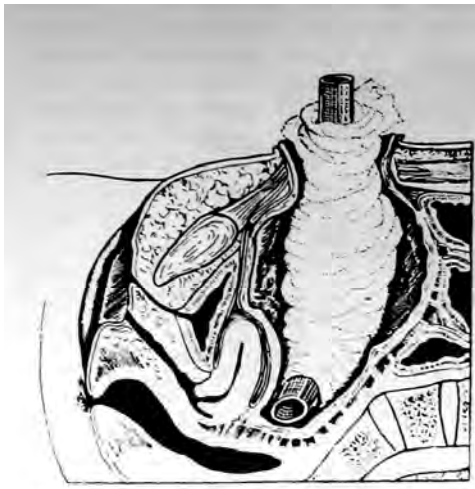


Fig. 75. — *Chist ovarian aderent.* Marsupializarea totală a chistului ovarian aderent şi drenajul pungii marsupializate (după Monod).

Fig. 76. — *Marsupializarea parţială a chistului ovarian aderent* (după Monod).

Se închide peretele abdomenului deasupra şi dedesubtul marsupializării. Porţiunea exterioară se excizează cu foarfecele drept, razant cu tegumentele şi marginile orificiului format de pereţii chistului se fixează la piele cu puncte separate de aţă.

Vegetaţiile intrachistice se pot racla cu o chiuretă netăioasă, după care se lasă un dren ca în fig. 75. Tubul de dren se fixează la pielea abdomenului cu aţă.

Evoluţia postoperatorie imediată este bună. Drenul se scurtează progresiv şi cavitatea chistului se micşorează prin turtirea pereţilor, datorită presiunii intraabdominale.

Există vindecări prin cicatrizare secundară, lentă, dar şi posibilitatea unei fistule persistente, datorită infecţiei supraadăugate, care să necesite mai tîrziu o nouă operaţie.

Chist dezvoltat între foiţele ligamentului larg. Este vorba de chistul inclus între foiţele ligamentului larg şi nu de chistul inclavat[3].

Chistul inclus se deosebeşte de chistul inclavat prin faptul că nu prezintă aderenţe pe faţa anterioară sau posterioară, ci numai la polul inferior, începînd din locul unde foiţele ligamentului larg se reflectă pe tumoare.

Între foiţele ligamentului larg chistul se poate dezvolta în sus, în jos, anterior sau posterior, modificînd complet anatomia regiunii, în special raporturile uterului. Aceste varietăţi anatomice de dezvoltare sînt interesante de cunoscut, tehnica de extirpare a tumorilor incluse fiind adaptată la situaţia prezentată de fiecare caz.

Cele mai simple situaţii anatomo-chirurgicale sînt create de chisturile dezvoltate în partea superioară (mobilă) a ligamentului larg, adică între foiţele mezosalpinxului. în acest caz, foiţele mezosalpinxului sînt dedublate în partea superioară şi trompa încercuieşte tumoarea ca o panglică. în partea inferioară tumorile nu sînt aderente, ceea ce le cre~ază un grad de mobilitate, iar uneori dau impresia că sînt pediculate. Extirparea acestora este foarte simplă: se inci- zează foiţa peritoneală ori în partea cea mai bombată a tumorii, ori pe faţa anterioară, sub ligamentul rotund. Se plasează pense Pean pe buzele peritoneului şi cu degetul sau cu foarfecele curb închis (fig. 77) se caută spaţiul de clivaj. Enuclearea este uşurată de faptul că tumoarea nu este aderentă la polul inferior, încît singura dificultate este desfacerea foiţelor peritoneale cu care este acoperită şi care nu oferă întotdeauna un bun spaţiu de clivaj. Fie pe cale anterioară sau posterioară, odată ajunşi cu degetele la polul inferior al tumorii, extirparea se face simplu, de jos în sus. Dacă chistul este paraovarian, enu- clearea se face fără sîngerare şi deci fără nevoia de a aplica ligaturi pe vase. Singura greutate este de a nu sparge chistul în timpul manevrelor de decolare. Menţionăm că pentru extirparea chisturilor incluse, păstrarea intactă a tumorii ajută Ia tehnica de decolare.

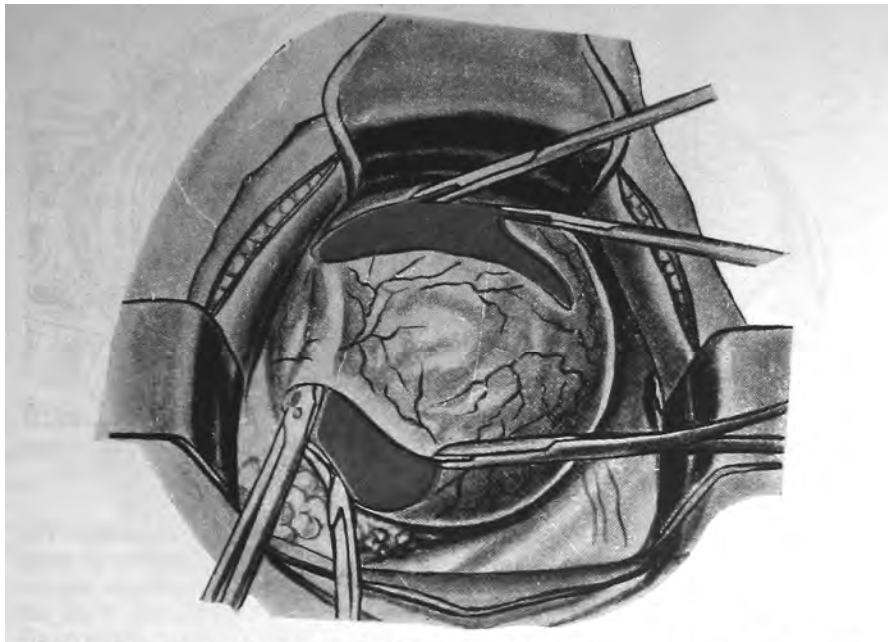


Fig. 77. — Chistectomie (după Wagner). Extirparea chistului ovarian dezvoltat între foiţele ligamentului larg.

Dacă tumoarea este mai voluminoasă şi mai puţin abordabilă şi dacă se prevăd dificultăţi atît în decolarea cît şi în extirparea ei, se deschide calea de acces, fie secţionînd în partea superioară a tumorii, pedicului lombo-ovarian şi pedicului utero-tubar, ori numai unul dintre ele. Pensarea pediculilor amintiţi asigură şi hemostaza. Decolarea foiţelor peritoneale se face mai greu cu degetul, fiind necesar foarfecele curb pentru secţionarea numeroaselor aderenţe foarte rezistente. Decolarea în partea anterioară a tumorii trebuie să aibă mereu în vedere posibilitatea unor aderenţe cu vezica, iar în partea superioară şi mai ales posterioară a tumorii o anomalie în situaţia ureterului.

Dacă în timpul decolării tumoarea se sparge, se introduce un deget în punga golită şi decorticarea pereţilor chistului se face ca pentru sacul herniar.

Tumorile dezvoltate în baza ligamentului larg determină situaţii anatomice particulare şi din cauza fixităţii lor şi a aderenţelor cu organele vecine (vezică, rect, colon sigmoid, ureter, vase) creează dificultăţi mari în timpul extirpării.

Aceste tumori pot fi dezvoltate în sus şi în jos.

Tumorile dezvoltate în sus pot avea două situaţii: ori sînt dezvoltate anterior şi în acest caz au raporturi strînse cu vezica, ori sînt dezvoltate posterior şi în acest caz, decolînd foiţa posterioară a ligamentului larg, se insinuează la stîngă sub sigmoid, iar la dreapta sub cec. Sigmoidul poate fi întins pe tumoare aşa cum se petrece cu trompa în tumorile mezosalpinxului. Este de la sine

[3] Chistul inclavat nu este altceva decît o tumoare pediculată blocată în micul bazin (Douglas), în general este acoperită de aderenţe şi uşor de dezinciavat cu mîna. Din punct de vedere chirurgical, conduita este aceeaşi ca în tumorile anexiale inflamatorii.

înţeles că în asemenea situaţii, traiectul şi forma ureterului sînt schimbate. El poate fi deasupra tumorii sau deviat intern sau extern faţă de ea. De asemenea poate fi uşor confundat cu un vas venos. Datorită acestor anomalii create de dezvoltarea tumorii, se riscă secţionarea ureterului, mai ales la intrarea lui în pelvis.

Tumorile dezvoltate în jos au raporluri strînse cu vaginul, cu pereţii pelvisului, putîndu-se insinua spre gaura obturatoare sau spre scobitura sciatică.

Din punct de vedere chirurgical, dezvoltarea tumorilor chistice în baza ligamentului larg creează două dificultăţi: de abordare şi de hemostază şi un pericol permanent: lezarea ureterului. Extirparea în bune condiţii a unui asemenea chist pune la încercare pregătirea, priceperea şi arta chirurgului ginecolog.

Din punct de vedere tehnic, timpul principal al operaţiei îl constituie găsirea locului de deschidere a ligamentului larg, care să permită abordarea tumorii. O indicaţie precisă nu se poate da, fiecare caz oferind o altă posibilitate în raport cu volumul şi cu varietatea de dezvoltare a tumorii, respectiv cu varietatea schimbării raporturilor viscerelor pelvi-abdominale.

De obicei se deschide foiţa anterioară a ligamentului larg sub ligamentul rotund sau între acesta şi trompă (fig. 78-cartuş). Dacă prezenţa ligamentului rotund jenează, acesta se secţionează între două pense Kocher. Abordarea tumorii prin deschiderea foiţei anterioare a ligamentului larg are avantajul că permite decolarea de la început a vezicii, depărtează ureterul şi uşurează desfacerea tumorii dinainte-înapoi şi de jos în sus.

Deschiderea foiţei posterioare a ligamentului larg înapoia trompei se face în tumorile cu evoluţie posterioară.

Atacarea tumorii dindărăt înainte permite căutarea ureterului la intrarea în pelvis (adesea odată cu vasele lombo-ovariene) şi identificarea raporturilor lui cu tumoarea.

După deschiderea ligamentului larg şi prinderea peritoneului cu pense sau cu fire (pentru orientare, şi pentru tracţiune) se începe decolarea tumorii cu degetul, cu compresa sau cu foarfecele curb, închis. în general această decolare

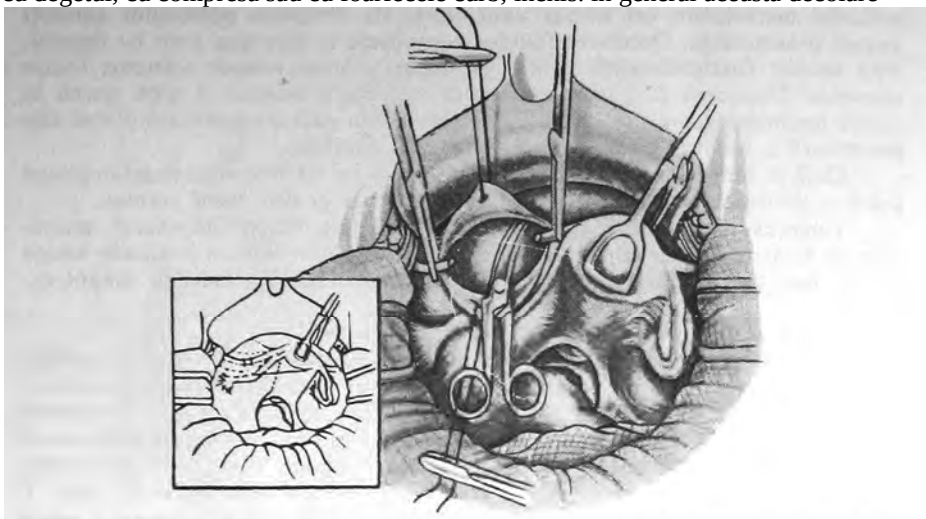


Fig. 78. — Chist intraligamentar. Extirparea chistului intraligamentar prin decolare cu foarfecele curb, după ce, în prealabil, s-a secţionat ligamentul rotund pentru a se deschide calea de acces.

În cartuş: locul unde se deschide ligamentul larg în tumorile intraligamentare.

este anevoioasă fiindcă nu există un bun spaţiu de clivaj. Sîngerarea, pericolul de a leza ureterul şi dorinţa de a nu deschide chistul cer din partea operatorului multă atenţie şi îndemînare. Pentru mai multă lumină în cîmpul operator şi pentru hemostază, dacă este nevoie, se pensează şi se leagă pediculul utero-tubar şi cel lombo-ovarian. Secţionarea inserţiei tubare deschide uneori o cale bună de decolare, însă calea aceasta între tumoare şi uter este periculoasă, expunînd la hemoragii greu de oprit şi la lezarea ureterului.

In general, decolarea se face cu foarfecele curb închis, secţionîndu-se totdeauna la vedere aderenţele rezistente care se ivesc. înainte de a secţiona, indiferent ce, este bine să ne gîndim la ureter. Decolarea cu foarfecele menţine în permanenţă acest instrument în contact cu peretele chistului. Decolarea începută cu foarfecele poate fi continuată şi completată cu degetele, sau invers.

In cursul decolării se pot ivi două accidente: spargerea chistului şi imposibilitatea de a decola polul inferior.

In prima eventualitate se apucă marginile orificii.iîuj cu pense, se introduc unul sau două degete în punga golită şi se decolează pereţii chistului, folosindu-se aceleaşi manevre ca pentru sacul unei hernii.

In a doua eventualitate, cînd tumoarea este foarte aderentă în profunzime, se goleşte conţinutul prin puncţie, se apucă chistul cu o pensă «în inimă» şi se încearcă decolarea pereţilor cu compresa. Dacă nu se reuşeşte, se excizează porţiunea decolată şi se abandonează fundul tumorii, rămas aderent pe pereţii pelvisului. Uneori, în timp ce se trage de pensă, pereţii chistului se rup în profunzime şi rămîn fragmente aderente. Este mai prudent să nu se insiste cu extirparea acestor fragmente şi să fie lăsate pe loc.

După extirparea tumorii se •controlează ureterul, vezica, uterul şi anexa opusă. Se verifică şi completează hemostaza. Dacă patul chistului nu sîngerează, se reface ligamentul larg cu surjet de catgut şi se închide abdomenul fără drenaj. Dacă foiţele ligamentului larg rămîn mai mari după extirparea tumorii se rezecă porţiunile care par inutile şi cele două foiţe se apropie cu fire în U, pentru a umple spaţiul dintre ele (fig. 79).

De obicei patul chistului sîngerează în suprafaţă şi hemostaza cu pensa este imposibilă, în aceste cazuri se peritonizează incomplet sau nu se peritonizează deloc, lăsîndu-se pe suprafaţa sîngerîndă o meşă hemostatică şi un tub de dren, sau dacă sîngerarea este mare, chiar un Mikulicz. Suprafeţele sîngerînde se mai pot acoperi cu bureţi de fibrină sau foiţe de gelaspon. In sîngerările mici se poate lăsa numai un tub de dren pentru controlul hemoragiei. Drenajul cu tub se preferă totdeauna — cînd este posibil — 1 drenajului cu meşă. In unele cazuri, pentru a exclude cavitatea rămasă după extirparea chistului de restul cavităţii abdominale,

marginile foiţelor ligamentului larg se prind | la unghiul inferior al plăgii abdominale şi se drenează ca în chisturile marsupializate (fig. 80).

Fig. 79. — Chist intraligamentar. Reconstituirea ligamentului larg după extirpărea tumorilor incluse. Capitonarea spaţiului cu fire în U trecute prin cele două foiţe ale ligamentului (după Monod).

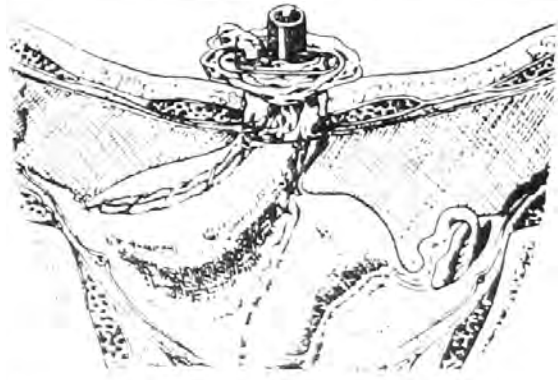


Fig. 80. — Chist intraligamentar. Drenajul hemostazei după extirparea chistului intraligamentar (după Monod).

Sînt şi siţjjaţii cînd peritonizarea patului chistului nu se poate face din lipsă de material. în aceste cazuri, suprafaţa deperitonizată se acoperă aducîn- du-se deasupra, la peritoneul vezical, colonul sigmoid (peritonizare colo-vezicală).

Atragem atenţia că lezarea vezicii, intestinului şi ureterului sînt accidente frecvente în cursul extirpării chisturilor incluse şi ca atare nu se trece la peri- tonizare şi la închiderea abdomenului pînă nu se controlează integritatea acestor viscere. Perforaţiile vezicii şi intestinului se repară imediat (sutura peretelui în două straturi, cu/fără plastie de epiploon liber); ureterul secţionat se reimplan- teză în vezică (ureteroneocistostomie).

Mai greu de stăpînit sînt unele hemoragii. în aceste cazuri, se încearcă tamponamentul cu meşe, pensarea unor vase profunde a căror ligatură nu se poate face şi lăsarea penselor pe loc timp de 48 de ore, iar la nevoie se recurge la histerectomie sau la legarea arterei hipogastrice.

Evoluţia postoperatorie imediată depinde de felul cum s-a rezolvat cazul: ea este simplă, cînd operaţia nu a durat mult, cînd sîngerarea a fost mică, cînd abdomenul s-a închis fără drenaj, şi complicată, cînd s-au făcut decolări întinse şi mai ales cînd s-a drenat (anemie, febră, pareză intestinală, hemoragii secundare, subocluzie, peritonită). în cazurile drenate, evoluţia postoperatorie tardivă se poate complica cu manifestări flebotrombozice, supuraţii cronice fistulizate la perete şi eventraţii. Fistule ureterale, intestinale sau vezicale complică adeseori evoluţia postoperatorie.

— Soluţii chirurgicale pentru cazurile complexe şi complicate. Dacă chistul este foarte aderent la uter şi decolarea acestuia este imposibilă sau riscă producerea unor hemoragii greu de stăpînit, se recurge la histerectomie după procedeul Kelly (fig. 81) ceea ce permite abordarea şi extirparea tumorii de jos în sus şi dinăuntru în afară.

Dacă se întîlnesc tumori bilaterale, fie chisturi incluse, fie chist inclus într-o parte şi anexită aderentă de partea opusă, se recurge la histerectomie prin hemisecţie sau decolare anterioară (vezi pag. 355).

Chistul dezvoltat retroperitoneal ridică cele mai grele probleme de conduită şi de tehnică chirurgicală. Aceste tumori se dezvoltă la început între foiţele ligamentului larg; în cursul creşterii lor, un diverticul, care mai tîrziu poate lua proporţii mari, împinge îndărăt şi în sus foiţa posterioară a ligamentului larg, pînă cînd tumoarea ajunge între foiţele mezocolonului sigmoidian, mai rar între foiţele mezenterului (fig. 82).

Topografic chistul este situat retroperitoneal; posterior aplicat direct pe pereţii pelvisului, pe vasele iliace şi pe ureter; anterior este acoperit în eşarfă de colonul ilio-pelvian şi de seroasa peritoneală. Vasele hrănitoare ale colonului se văd pe sub seroasa care acoperă chistul, deasupra ansei intestinale. în unele cazuri, chistul se insinuează şi pe sub foiţa peritoneală care acoperă faţa

posterioară a uterului, ajungînd pînă la ligamentul larg opus. Peritoneul care acoperă chistul trece direct pe faţa anterioară a uterului, acesta apărînd ca «înghiţit» de masa tumorală.

Extirparea completă a chistului — deşi foarte grea — este singura conduită justă. Operaţia fiind de lungă durată şi laborioasă este necesară o bună anestezie şi reanimare intraoperatorie.

După ce se explorează cîmpul operator, se precizează diac . cui şi se identifică ansa intestinală trecută «în eşarfă» peste tumoare, se - o incizie transversală a peritoneului, de la o extremitate la alta a tumorii, ia ci ţi va centimetri sub ansa colonului (fig. 83); incizia peritoneală este paralelă cu ansa

intestinală şi niciodată deasupra acesteia, fiindcă se secţionează arterele colice. Nu se evacuează conţinutul chistului; dacă, totuşi, volumul chistului împiedică decolarea, golirea lui se face cu un trocar mic şi aspiraţie lentă pentru a evita decompresiunea bruscă.

După incizia peritoneului, se începe decolarea ansei intestinale de jos în sus, cu latul foarfecelui; nu se secţionează nici o aderenţă ivită în cursul deco lării, înainte de a fi bine expusă şi atent individualizată. Astfel, decolîndu-se mereu în sus, se ajunge la polul superior al tumorii. In acest moment este mai bine să se golească conţinutul chistului, ceea ce permite ca decolarea peretelui posterior să se facă de sus în jos, sub controlul vederii. în faţa fiecărei bride de secţionat, operatorul să se gîndească la ureter. în partea de jos a pelvisului, dacă decolarea este laborioasă şi mai ales cînd chistul este aderent la uter, sînt posibile două soluţii: să se secţioneze pediculul lombo-ovarian şi decolarea să se facă din afară înăuntru, sau să se recurgă la histerectomie, după procedeul Kelly.

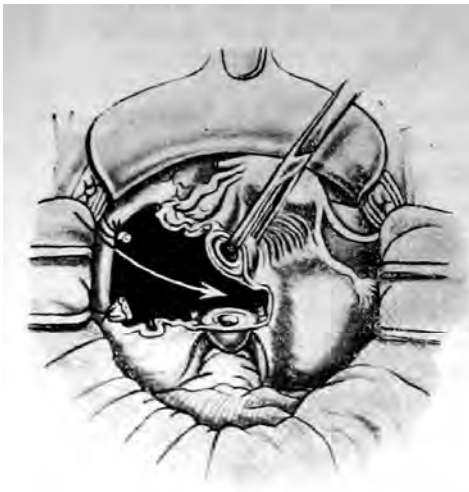


Fig. 81. — Chist intraligamentar. Extirparea tumorii intraligamentare prin histerectomie după procedeul Kelly. Această tehnică permite abordarea tumorii incluse şi aderente, de jos în sus.

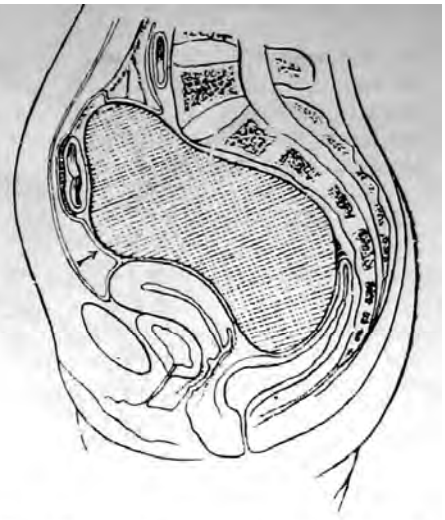


Fig. 82. — Chist retroperitoneal. Modul de dezvoltare a chistului retroperitoneal (după Monod).

După extirparea chistului rămîne o largă suprafaţă deperitonizată, deseori sîngerîndă. Peritonizarea este posibilă, dar închiderea abdomenului nu se poate face fără un drenaj de siguranţă.

Repetăm că această intervenţie este extrem de grea şi că în mîinile celui mai talentat şi experimentat chirurg se pot produce leziuni ale vaselor iliace, ale ureterului şi ale intestinelor. Operatorul trebuie să fie pregătit pentru a putea face faţă tuturor acestor accidente.

Dacă starea bolnavei nu permite o operaţie atît de anevoioasă şi cu atîtea riscuri, dacă chirurgul apreciază că dificultăţile de extirpare sînt mari, şi mai ales <iacă nu se găseşte în condiţii de a face faţă accidentelor, se recurge la marsu- pializarea chistului.

Chistul torsionat. Operaţia pentru extirparea unui chist de ovar torsionat face parte din « urgenţele» chirurgiei ginecologice.

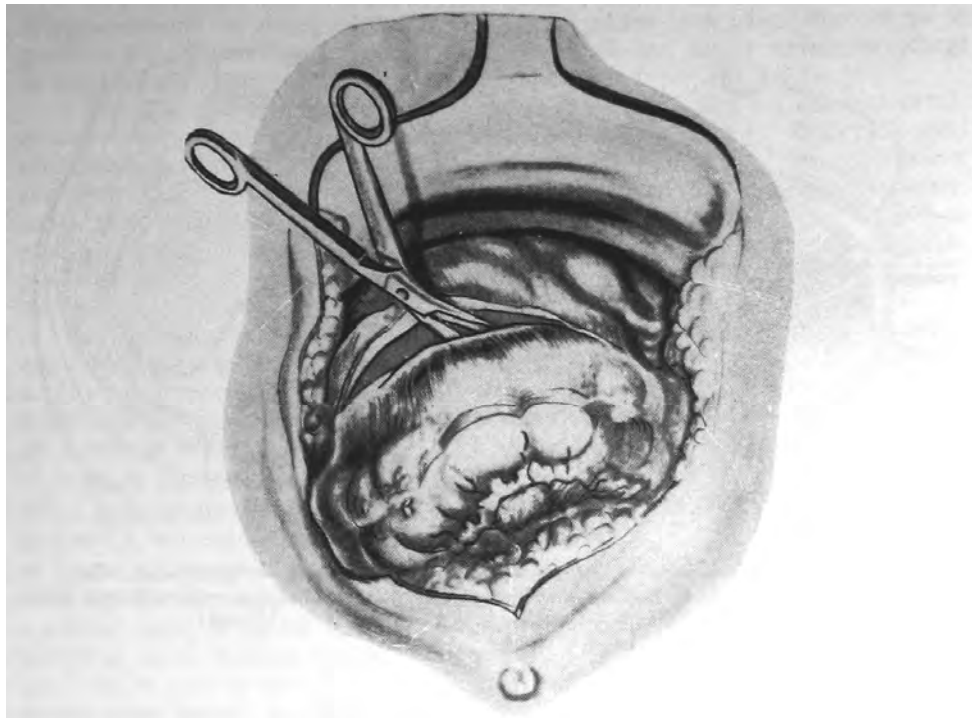


Fig. 83. — Chist retroperitoneal. În chistul retroperitoneal, foiţa peritoneului se incizează la cîţiva centimetri sub ansa colonului. Decolarea se face cu foarfecele curb.

Cîteva noţiuni de fiziopatologie sînt necesare de cunosciit pentru ca această intervenţie să se execute în bune condiţii:

- diagnosticul de chist torsionat nefiind formulat niciodată cu certitudine înainte de operaţie, în faţa unui abdomen acut, cu nesiguranţă asupra diagnosticului, se porneşte totdeauna prin incizie mediană;

— chistul torsionat poate avea conţinutul infectat sau foarte toxic, de aceea nu se puncţionează cu trocarul, iar cavitatea peritoneală se izolează cu multă grijă, cu cîmpuri moi, pentru eventualitatea că tumoarea, uneori sfacelată, s-ar putea sparge în timpul luxării din abdomen; din aceste motive este de preferat să se prelungească incizia peretelui, decît să se puncţioneze chistu.[1], sau mai bine să se puncţioneze decît să se rupă în peritoneu în timpul manevrelor de exteriorizare, printr-o incizie prea mică;

— chistul torsionat este o tumoare pediculată şi ca atare, de cele mai dese ori, este lipsit de aderenţe sau în tot cazul dacă prezintă unele aderenţe, acestea sînt recente, deci laxe şi uşor de desfăcut;

— detorsionarea chistului produce reflexe nocive la distanţă, embolii şi revărsare de toxine în circulaţie, de aceea se infiltrează pediculul cu soluţie xilină 1 % înainte de a se aplica pensa de hemostază şi tumoarea se extirpă ca atare sau se detorsionează numai după ce circulaţia la nivelul pedicululuı a fost întreruptă prin aplicarea pensei de hemostază; pensa de hemostază se aplică în afara locului de unde pediculul începe să fie răsucit;

— nesiguranţa care există asupra septicităţii conţinutului chistului, mai ales dacă chistul a fost spart în timpul operaţiei — şi pereţii prevăzuţi cu zone sfa- celate, determină lăsarea unui drenaj de siguranţă, cu tub, la închiderea peretelui, în aceste situaţii se fac şi însămînţări pe medii de cultură, din lichidul revărsat.

Cu respectarea acestor reguli, tehnica de extirpare a chistului torsionat este simplă:

— laparotomie mediană sub anestezie generală sau rahianestezie;
— izolarea abdomenului cu cîmpuri moi;
— cu mîna introdusă în abdomen se conturează tumoarea şi se exteriorizsf.ză fără brutalitate şi fără detorsionare;
— se controlează zona de răsucire a pediculului şi se infiltrează, în afara ei, xilină;
— se aplică o pensă curbă de hemostază pe pedicul, dincolo de zona răsucită;
— se detorsionează tumoarea cu care ocazie se verifică dacă pensa a prins pedicului în întregime;
— se secţionează pediculul, extirpîndu-se tumoarea;
— se leagă pediculul cu fir transfixiant şi se înfundă bontul sub peritoneu;
— se controlează uterul, anexa opusă şi apendicele;
— se spală Douglasul cu ser fiziologic;
— se închide abdomenul cu sau fără drenaj, în raport cu felul cum a decurs operaţia, gradul de sfacelare a pereţilor chistului, bănuiala de infecţie pe care o dă aspectul lichidului etc. în general trebuie evitat, cînd nu este absolut necesar, chiar dacă se execută cu tub şi se lasă numai pentru 48 de ore. Antibioticele înlocuiesc «siguranţa» pe care o oferea înainte drenajul, iar evoluţia postoperatorie la bolnavele nedrenate este mult mai simplă. Dacă se drenează, capătul tubului se exteriorizează în afara inciziei peretelui abdominal.

Chist ovarian rupt în peritoneu. De obicei această situaţie este urmarea fisurării unui chist torsionat din cauza necrozării pereţilor. în peritoneu se găseşte o cantitate apreciabilă de lichid sanguinolent. Conduita chirurgicală este aceeaşi ca şi în chistul torsionat simplu. Drenajul de « siguranţă» este recomandabil ca şi recoltarea pentru culturi bacteriologice.

Chistul netorsionat rupt se tratează ca orice chist ovarian simplu, obişnuit; acest accident nu dă complicaţii şi foarte rar se intervine pentru aceasta.

De cele mai multe ori se intervine pentru chist rupt şi supurat. Conduita este aceeaşi ca şi în peritonită: laparotomie şi drenaj. Dacă este posibil, se scoate punga chistului, dacă nu, se drenează şi se aşteaptă evoluţia sub tratament intens cu antibiotice. în caz de fistulă persistentă, se reintervine ulterior, la rece, cu care ocazie se scoate punga care întreţine supuraţia.

Boala gelatinoasă a peritoneului. Cu ocazia celiotomiei se poate găsi în peritoneu o substanţă gelatinoasă, cleioasă, răspîndită în urma rupturii unui chist ovarian cu conţinut mucoid. Dacă nu se găseşte punga chistului, se controlează apendicele (chist apendicular rupt — Lecene). Boala gelatinoasă a peritoneului se tratează paliativ: scoaterea pungii chistului, a substanţei gelatinoase (cît se poate) şi închiderea abdomenului fără drenaj. Recidivele sînt frecvente. în cazul acestora, se procedează din nou la laparotomie, deoarece extirparea focarelor refăcute creşte rata de supravieţuire. Iradierea postoperatorie oferă uneori succese [Pankama, Ullery — citaţi de Kăser (37)].

Chist ovarian vegetant cu ascită. Aceste tumori sînt frecvent neoplazice; conduita chirurgicală este ezitantă, atît prin faptul că deseori sînt aşa de aderente încît nu pot fi extirpate (chist inoperabil), cît şi din cauza inutilităţii actului chirurgical în aceste forme propagate în tot abdomenul. De multe ori exereza chirurgicală grăbeşte evoluţia acestor neoplasme. Cu toate acestea, se pot întîlni în practică chisturi de ovar vegetante, cu ascită şi diseminări peritoneale, a căror extirpare duce la vindecare pentru un număr îndelungat de ani. De aceea, dacă chistul nu este foarte aderent, se extirpă. Pe cît este posibil, se disecă şi se extirpă şi peritoneul parietal al pelvisului, rămas după extirparea tumorii. în aceste cazuri tactica operatorie se lărgeşte, practicîndu-se o histerectomie subtotală sau totală, cu extirparea anexei opuse, dictată de două categorii de indicaţii: de necesitate — aceste organe pot fi interesate în procesul neoplazic — şi de oportunitate — scoaterea acestor organe uşurează tehnica de extirpare a tumorii.

Cu ocazia extirpării chistului cu sau fără histerectomie se rezecă şi epiplo- onul infiltrat (omentectomie profilactică).

Din punct de vedere tehnic extirparea unui asemenea chist este anevoioasă din cauza aderenţelor şi a hemoragiei. Căutarea pediculului şi legarea lui de la început face operaţia mai puţin sîngerîndă. După extirparea chistului se controlează hemostaza şi nu se peritonizează. Se închide abdomenul fără drenaj. Dacă rămîn suprafeţe întinse sîngerînde (sîngerare în « masă») se tamponează loja cu sac Mikulicz. Porţiuni din pereţii chistului care nu pot fi extirpate se abandonează, preferîndu-se această conduită riscului de deschidere a intestinului, lezării ureterului sau ruperii unei vene iliace. S-au văzut cazuri cînd aceste fragmente de ţesut vegetant au dispărut după operaţie.

Dacă în timpul operaţiei, biopsia extemporanee arată prezenţa unui chist vegetant malign, la sfîrşitul intervenţiei se lasă în peritoneu sarcolizină şi un tub subţire, din plastic, exteriorizat la peretele abdominal, prin care se pot introduce substanţe citostatice postoperatoriu.

Tehnica omentectomiei profilactice. Pentru această conduită pledează faptul că epiploonul este frecvent sediul metastazelor şi că acestea duc la recidivarea ascitei.

Se exteriorizează colonul transvers şi se delimitează exact inserţia epiplo- onului. Cu mîna stingă se apucă şorţul epiplooic şi cu dreapta se aplică pensele Kocher, transversal pe inserţia epiploonului, una spre colon, alta spre partea care cade, în mod succesiv. Se secţionează între pense şi se îigatnrează pe porţiuni, partea dinspre ansa colică, cu fire transfixiante de aţă (vszi fig. 17).

Evoluţia postoperatorie şi rezultate. Excluzînd cazurile complicate (chist torsionat, chist rupt şi supurat, chist foarte aderent), ca şi pe cele neoplazice, evoluţia postoperatorie imediată, după ablaţia unui chiast ovarian, este din cele mai simple. Riscul operator la femeia tînără este aproape inexistent.

Curînd după operaţie, organismul femeii se echilibrează hormonal, ca şi cum tumoarea exercita o inhibiţie asupra ovarului sănătos. Dovadă sînt sarcinile care apar după ablaţia chisturilor unilaterale şi reglementarea ciclurilor menstruale.

Ulterior, apariţia unui chist pe ovarul restant este posibilă, necesitînd o nouă intervenţie. Aceste cazuri sînt totuşi rare şi este greu de afirmat originea chistului: exista în momentul primei operaţii sau este reacţia ovarului restant după ovarectomie unilaterală ? Aceste recidive pot fi evitate astfel:

— se controlează intraoperator ovarul « sănătos» şi în caz de nesiguranţă, se secţionează longitudinal, fapt important în chisturile papilifere sau dermoide, frecvent bilaterale. în această situaţie dacă femeia este tînără se face rezecţie parţială de ovar, iar la cele în climacteriu, anexectomie bilaterală cu histerectomie;

— se infiltrează intraoperator, pediculul lombo-ovarian al ovarului păstrat, cu soluţie de xilină 1 %, pentru blocarea reflexelor nociceptive, capabile să excite funcţia gonadotropă hipotalamo-hipofizară şi, pe acelaşi principiu de blocare a regiunii hipotalamo-hipofizare, se administrează din ziua operaţiei şi în următoarele două zile postoperatorii, cîte 50 mg metiltestosteron intramuscular (Crîngu) (16);

— se blochează regiunea hipotalamică prin administrare ciclică, de estro- progestative de sinteză, timp de şase luni, după operaţie.

în timpul sarcinii, extirparea unei tumori chistice ovariene nu compromite evoluţia acesteia, cu condiţia ca operaţia să se facă — exceptînd tumorile torsionate— numai după a 14-a săptămînă.

Conduita unanim acceptată în tumorile ovariene benigne este de a se interveni chirurgical ori de cîte ori acest diagnostic este formulat: la femeile fertile, chirurgie conservatoare cu păstrarea măcar parţială a unuia sau ambelor ovare; la femeile în jurul menopauzei sau în climacterium, chirurgie radicală: histerectomie cu extirparea şi a ovarului sănătos, pentru a se evita recidivele.

în cazul tumorilor maligne se face histerectomie cu anexectomie bilaterală, în mod cu totul excepţional se poate limita operaţia la anexectomie unilaterală numai Ia femeia tînără, şi fără copii, cu condiţia ca ovarul de partea opusă să fie normal şi carcinomul extirpat strict încapsulat.

b) CHIRURGIA ÎN INFLAMAŢIILE ANEXIALE INFLAMAŢIILE ANEXIALE CRONICE

Chirurgia conservatoare în inflamaţiile cronice ale anexelor este deseori posibilă şi trebuie încercată la femeia tînără. Sînt excluse posibilităţile chirurgiei conservatoare, în supuraţiile ovariene bilaterale. în inflamaţiile salpingo-ovariene cronice, leziunile sînt mai dezvoltate la nivelul trompelor şi mai puţin la nivelul ovarelor. Deseori, în faţa unor anexe tumorale, foarte aderente, se recurge Ia anexectomie, strict pentru simplificarea actului chirurgical. Este recomandabil să se încerce ori de cîte ori este posibil, extirparea numai a organului bolnav, în speţă trompa, şi să se păstreze ovarele, un ovar, sau măcar o porţiune din acesta, pentru a se evita tulburările de castraţie, iar uneori pentru a face posibilă o sarcină.

Pio-ovarul bilateral este excepţional, situaţie în care extirparea ambelor ovare devine obligatorie. Trompele sînt cointeresate în procesul inflamator şi operaţia constă din anexectomie bilaterală. Este de la sine înţeles că în această eventualitate se face şi histerectomie concomitentă.

Indicaţiile chirurgiei conservatoare în infiamaţiile cronice anexiale depind de doi factori:

— pregătirea chirurgului (cunoaşterea tehnicilor şi răbdare, fiind vorba de o chirurgie delicată şi minuţioasă);

— starea ovarului (ovarul sau porţiunea de ovar păstrată să nu fie integral modificată de consecinţele inflamaţiei şi desfacerea lui din aderenţe să fie tehnic posibilă fără compromiterea vascularizaţiei).

în raport cu sediul, întinderea şi caracterul leziunilor se poate recurge, din punct de vedere tehnic, la:

— ovarectomie unilaterală cu sau fără ovaroliză de partea opusă;

— anexectomie unilaterală cu sau fără anexoliză de partea opusă;

— salpingectomie uni- sau bilaterală, cu păstrarea ambelor ovare;

— ovarectomie unilaterală cu salpingectomie de partea opusă (ovaro-sal- pingectomie încrucişată);

— anexectomie unilaterală cu salpingectomie de partea opusă (anexectomie cu salpingectomie contralaterală);

— anexectomie unilaterală cu salpingectomie contralaterală şi extirparea fundului uterului (operaţia Beuttner) cu păstrarea unui singur ovar;

— salpingectomie bilaterală cu extirparea fundului uterului şi păstrarea ambelor ovare (histerectomie fundică interovariană);

— anexectomie unilaterală cu salpingectomie de partea opusă şi implantarea ovarului în uter (la femeia tînără cu dorinţa expresă de a avea copii).

Hotărirea de a se recurge la una din aceste posibilităţi tehnice se ia în timpul intervenţiei, în raport cu dificultăţile operatorii întîlnite, cu sediul leziunii, cu procesele patologice asociate ale uterului, cu starea ovarului după izolarea lui din blocul inflamator, cu dorinţa femeii de a avea copii şi cu convingerea operatorului, cîştigată prin experienţă, că merită să fie păstrat. Numeroase sînt insuccesele cînd, conduşi în exclusivitate de ideea de a conserva ovarul cu scopul evitării tulburărilor de castraţie, se recurge la diferite exhibiţii chirurgicale numai din dorinţa de a se executa o intervenţie conservatoare pe care starea funcţională şi anatomică a organului operat nu o justifică deajuns.

OVARECTOMIA UNILATERALĂ

Această operaţie se practică rar în procesele inflamatorii fiind înlocuită cu anexectomia. Are o singură indicaţie, şi aceasta excepţională, la femeile tinere şi fără copii, la care lipseşte trompa opusă. (Se conservă posibilitatea unei fecundaţii contralaterale.)

OVARECTOMIA BILATERALĂ

Se practică în cancerul mamar, de către unii profilactic, iar da a!Iii numai în carcinomul mamar cu metastaze.

Tehnică. Cu pense de hemostază se prind mezoovarul şi ligamentul utero- ovarian. Se pun ligaturi pe locul penselor şi se peritonizează (fig. 84).

ANEXECTOMIA UNILATERALĂ

Indicaţii. Anexectomia unilaterală este indicată în procesele inflamatorii importante şi localizate numai într-o singură parte (abces sau chist tubo-ovarian, salpingo-ovarită hipertrofică), în tumorile solide sau chistice ale ovarului care au compromis glanda în întregime sau care nu pot fi extirpate decît printr-un procedeu de exereză a anexei în totalitate.

Tehnica. Secţionarea pediculului lombo-ovarian: cu o pensă «în inimă» se prinde şi se trage de partea proeminentă a anexei; astfel se pune în evidenţă ligamentul lombo-ovarian, care se secţionează între două pense Kocher sau între o ligatura în afară şi o pensă înăuntru (fig. 85). Legarea pediculului se face cu fir de aţă sau de nylon.

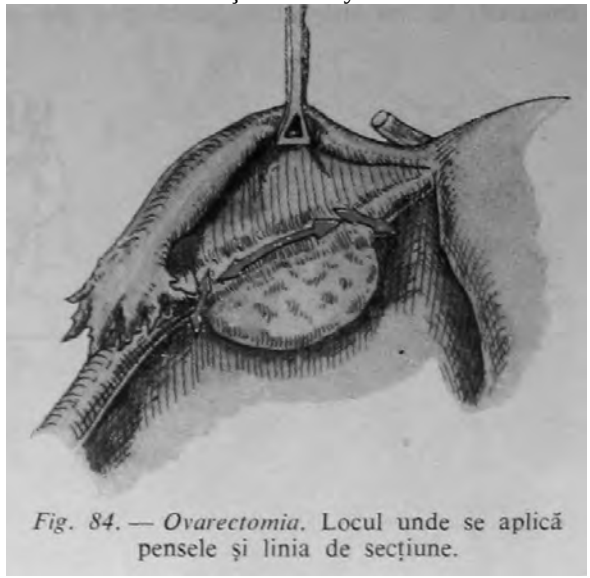


Fig. 84. — Ovarectomia. Locul unde se aplică pensele şi linia de secţiune.

Secţionarea trompei: se face intre două pense de hemostază sau între un fir plasat înăuntru şi o pensă aplicată în afară (fig. 86). Ligamentul utero-ovarian poate fi secţionat şi legat odată cu trompa sau separat (fig. 86-cartuş).

Extirparea anexei: se face secţionînd cu foarfecele curb cele două foiţe ale ligamentului larg, pornind, fie dinăuntru în afară (pe sub capătul trompei secţionate) (fig. 87), fie din afară înăuntru (pe sub ovarul detaşat de pedicul). In general această exereză este lipsită de hemoragie; unele vase secţionate pot fi uşor pensate.

Peritonizarea: se face cu un fir subţire de catgut, în suijet, pornindu-se din afară înăuntru. Se înfundă capătul ligamentului lombo-ovarian sub foiţele ligamentului larg ca în fig. 88 A, apoi se prind cele două foiţe pînă la marginea uterului (fig. 88 B). Singura grijă este de a nu leza ureterul, care se găseşte sub foiţa posterioară. Pentru aceasta se foloseşte un ac subţire, curb, care se trece strict prin marginea foiţei posterioare a ligamentului larg. Firul nu se strînge tare, ca să nu se pliseze peritoneul. La capătul uterin al suijetului, bontul trompei secţionate se înfundă sub foiţele ligamentului ca în fig. 88 C. Dacă trompa are conţinut purulent (tuberculoză?) sau nodozităţi (endometrioză?), este de preferat să se rezece cuneiform porţiunea interstiţială a ei (fig. 89 a), pentru a se evita eventualele fistule purulente, fistule menstruale sau dureri ale bontului tubar. Spaţiul creat de excizia cuneiformă se închide cu un punct de sutură în U (fig. 89 b) sau puncte separate de catgut, iar suprafaţa de sutură se peritonizează cu ligamentul rotund ca in fig. 89 c.

închiderea abdomenului se face fără drenaj, sau cu drenaj, dacă anexa a fost supurată şi s-a spart în peritoneu în timpul manevrelor de extirpare. In acest caz recoltarea puroiului pentru insăminţări pe medii de cultură este necesară.

3. PĂSTRAREA OVARULUI SAU A UNEI PORŢIUNI DIN EL PENTRU MENŢINEREA FUNCŢIEI GESTATIVE

Pornindu-se de la principiul că păstrarea unei porţiuni de ovar, cît de mică, poate să menţină funcţiile acestui organ, atît cea ovogenă, cît şi cea endocrină, s-au propus un număr de intervenţii chirurgicale menite să conserve sau să restabilească, în anumite stări patologice ale ovarului, în special funcţia gestativă.

Fig. 85. — Anexectomie. Secţionarea ligamentului lombo-ovarian.

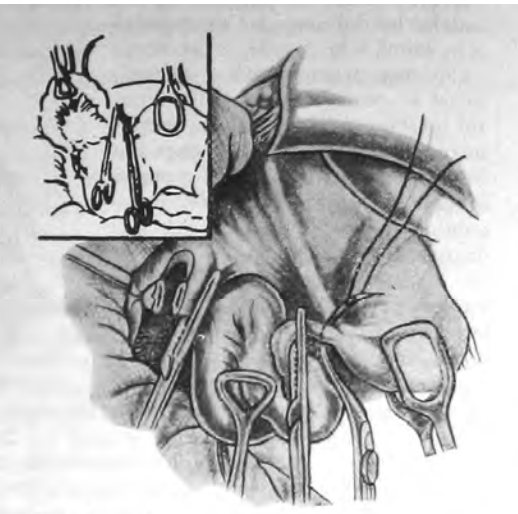


Fig. 86. — Anexectomie. Secţionarea trompei la nivelul cornului uterin.
În cartuş : secţionarea separată a ligamentului utero-ovarian

Aceste operaţii conservatoare sînt:

— ignipunctura;
— enuclearea chisturilor distrofice;
— rezecţia parţială;
— implantarea ovarului în uter.

Tehnicile enumerate urmăresc să păstreze posibilitatea unei sarcini, să menţină sinergia funcţională a glandelor endocrine şi normalizarea ciclurilor menstruale.

Pentru ca aceste operaţii să-şi atingă scopul, fragmentul de ovar păstrat trebuie să fie sănătos şi bine vascularizat. Tehnicile chirurgicale trebuie să respecte aceste condiţii, altfel fragmentul păstrat degenerează chistic, putînd produce tulburări locale (dureri) şi generale, importante.

Operaţiile conservatoare pe ovar pot fi compromise de factori tisulari, vasculari şi neuro-hormonali.

Posibilităţile chirurgiei conservatoare nu se pot judeca decît în timpul operaţiei şi faptul că nu posedăm alt criteriu de apreciere în ceea ce priveşte starea ţesutului ovarian, decît cel microscopic, constituie cauza multor insuccese.

Păstrarea vascularizaţiei şi inervaţiei ovarului constituie un factor important care nu poate fi însă respectat totdeauna în condiţii optime.

Fig. 87. — Anexectomie. Secţionarea foiţelor ligamentului larg şi extirparea anexei.

Rezultatele chirurgiei conservatoare a ovarelor nu sînt încurajatoare, de aceea practicarea lor trebuie făcută cu indicaţii precise, avîndu-se mereu în minte că o operaţie pe ovar poate avea consecinţe mult mai rele decît dacă ne-am fi abţinut de la executarea ei. Din punct^de vedere chirurgical, tehnicile se conduc după două idei: să se traumatizeze cît mai puţin şi să se rezece cît mai limitat.

INDICAŢII CHIRURGICALE ÎN DISTROFIILE OVARIENE

— *Dvarita* sclero-chistică. Interpretarea etio-patogenică şi manfestarea fiziopatologică a ova- ritei sclero-chistice este confuză şi contradictorie. Unii o consideră inflamatorie, alţii neutrofică — în tumorile şi în tulburările de statică a uteruluiH| alţii hormonală, iar alţii drept o stare trecătoare în morfofiziologia ovarului. Experienţa a arătat că ovarita sclero- chistică, mai ales la femeile în plină activitate genitală nu beneficiază de pe urma tratamentului chirurgical, dimpotrivă, funcţia ovariană se dereglează în urma agresiunii intervenţiilor operatorii.

Ovarele sclero-chistice, care se observă deseori cu ocazia celiotomiilor făcute pentru fibromul uterin, pentru tulburările de statică ale uterului, pentru diversele sindroame dureroase genitale, trebuie păstrate ca atare. în asemenea situaţii femeile beneficiază cert de pe urma scoaterii miomului, a rectificării static'i uterului, a scoaterii apendicelui bolnav, a rezecţiei nervului presacrat, mai mult decît dacă, concomitent, se intervine şi asupra ovarelor găsite sclero-chistice, prin rezecţii parţiale sau chiar numai prin spargerea chisturilor cu acul.

Ovarele sclero-chistice, care se întîlnesc în varicocelul utero-ovarian şi in ovarele prolabate, beneficiază de pe urma fixării ligamentului suspensor al ovarului (vezi Ovaropexia pag. 126).

Ovarele sclero-chistice care se întîlnesc în infiamaţiile cronice ridică probleme speciale de conduită, în raport cu natura inflamaţiei, vîrsta bolnavei şi felul tulburărilor funcţionale. Dacă femeia este tînără şi leziunile inflamatorii recente, se conservă integral ovarele. O ligamentopexie pune ovarele în condiţii mai bune de funcţionare, iar tratamentul cu antibiotice duce la regresiunea procesului inflamator. Dacă femeia este tînără şi leziunile inflamatorii sînt vechi, conduita diferă de la caz la caz, mergînd de la simpla liberare a ovarelor din aderenţe (ovaroliză), pînă la extirparea aceluia care se prezintă mai bolnav. Dacă lezi- unile sînt unilaterale şi celălalt ovar este sănătos, scoaterea ovarului bolnav (ovarectomie), fără nici o altă încercare de a interveni pe ovarul care rămîne, este o conduită de preferat. Multe cazuri cu sterilitate se vindecă după scoaterea unei anexe bolnave. Dacă femeia este în vîrstă şi leziunile sînt bilaterale, extirparea ambelor ovare, cu histerectomie concomitentă, este conduita cea mai bună în tratamentul nevralgiilor pelviene, de care aceste bolnave se plîng, tulburările de castraţie putînd fi uşor evitate şi tratate cu metode hormonale. Chirurgia conservatoare pe ovare la această din urmă categorie de bolnave se soldează totdeauna cu eşecuri, femeile devenind în scurtă vreme nişte infirme, atît din punct de vedere funcţional (dureri, metroragii, tulburări neuro-vegetative generale), cît şi din punct de vedere organic (apariţia unor tumori chistice care necesită reintervenţie).

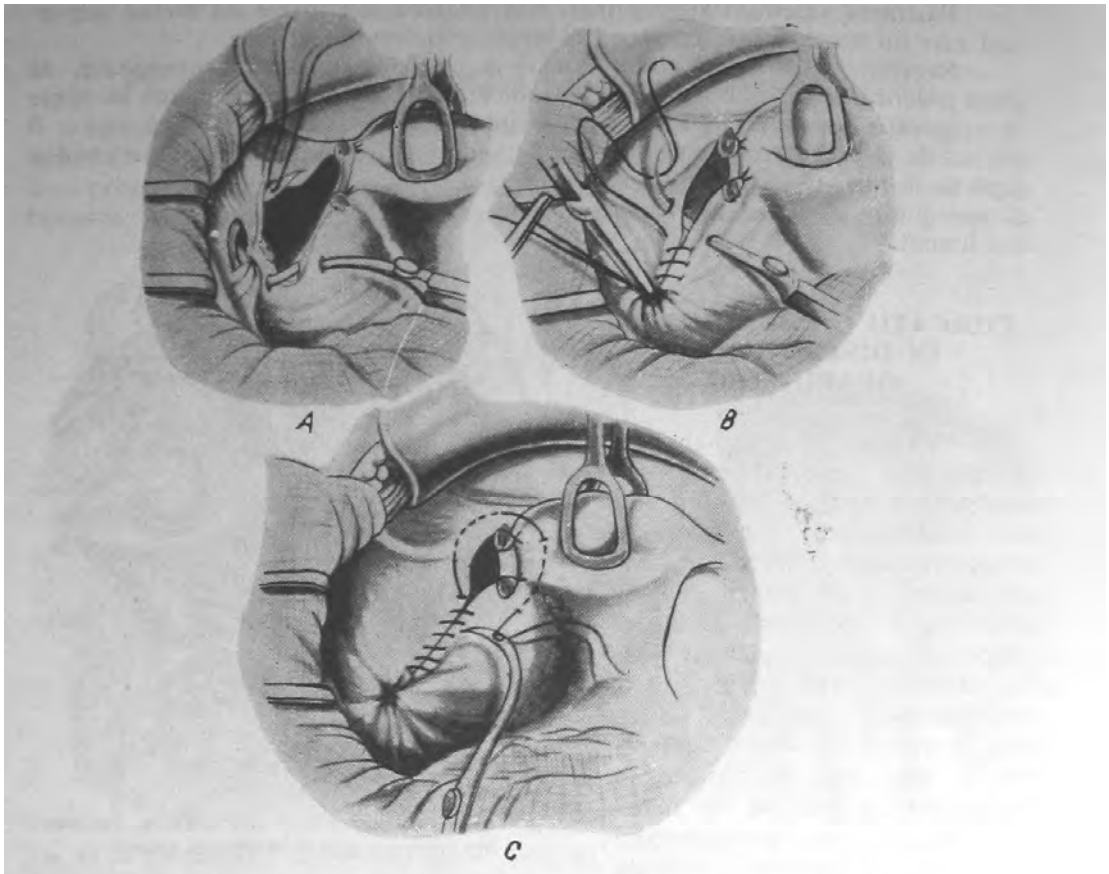


Fig. 88. — (A, B, C). *Anexectomie.* Reconstituirea ligamentului larg:
A — înfundarea bontului ligamentului lombo-ovarian; *B* — cele două foiţe ale ligamentului larg se suturează cu surjet de catgut; *C* — surjetul se termină la cornul uterin unde se înfundă, sub foiţele ligamentului larg, bontul trompei.

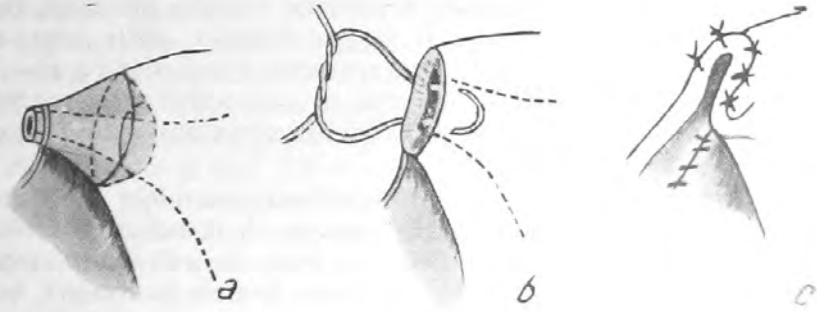


Fig. 89. — *(a, b, c) Anexectomie:*
a — excizia cuneiformă a inserţiei trompei; *b* — spaţiul creat se închide cu un fir de catgut în U; *c* — deasupra se peritonizează cu ligamentul rotund.

Menţionăm că încercările de a trata ovarita sclero-chistică prin fenolizarea pediculului lombo-ovarian (metoda Doppler), rezecţia nervilor la nivelul hilului (metoda Dupont-Lhermitte), secţionarea pediculului lombo-ovarian (metoda Castano), cu scopul de a tăia firişoarele nervoase simpatice care vin la ovar, nu dau rezultate.

în concluzie, tratamentul chirurgical este rar indicat[4] în ovarita sclero- chistică, aceasta beneficiind mai mult în urma abţinerii de la tratamentul chirurgical, decît dacă ovarele sînt „ajustate" prin diferite procedee operatorii. Singurele operaţii indicate în ovarita sclero-chistică sînt acelea care se practică la distanţă de ovar şi care urmăresc suprimarea factorilor de congestie locală: ablaţia unui fibrom, corectarea staticii uterului, a procidenţei ovarelor şi extirparea apendi- celui. Rezecţia nervului presacrat este indicată dacă ovarita sclero-chistică se însoţeşte de manifestări produse de o plexalgie hipogastrică concomitentă: disme- noree, vaginism, dispareunie etc. Ovarele sclero-chistice trebuie socotite ovare sănătoase şi cu cît se vor face mai puţine operaţii chirurgicale pe ele, cu atît funcţia lor va fi mai bună (Cotte) (15).

[4] **Dacă totuşi intervenţia apare ca necesară se preferă rezecţia bilaterală în locul ovarec- tomiei unilaterale; ligamentopexia, rezecţia nervului presacrat şi apendicectomia completează în mod indispensabil operaţia făcută pe ovare, chiar cînd această operaţie se reduce numai la ovaroliză sau ovaropexie.**

INDICAŢII CHIRURGICALE ÎN CHISTURILE FUNCŢIONALE ALE OVARULUI (chistul folicular, chistul luteinic şi chistul hemoragie)

— *Chistul folicular* reprezintă atrezia chistică a unui folicul de Graaf persistent. Tumora poate atinge volumul unui ou. Conţinutul chistului este bogat în foliculină (estradiol). îngroşarea corticalei ovarului care se opune dehiscenţei foliculare şi dereglarea funcţiei gonadotrope antehipofizare produc aceste atrezii. Foliculină secretată în cantitate mare şi în mod permanent hipertrofiază mucoasa uterină şi produce metroragii după o perioadă variabilă de amenoree. Atreziile chistice foliculare se întîlnesc frecvent în anexitele cronice, ca o consecinţă a inflamaţiei.

— *Chistul luteinic* reprezintă transformarea chistică a unui corp galben. Dacă procesul de degenerescenţă chistică se produce la nivelul unui corp galben menstrual, chistul rezultat nu are valoare secretorie şi deci nu produce tulburări clinice S Este de obicei de volum mic şi numai microscopic se deosebeşte de chistul folicular. Uneori nu este altceva decît un chist folicular ai cărui pereţi au suferit o transformare luteinică în urma unei acţiuni excesive gonadotrope[5]. Aceste formaţiuni chistice se întîlnesc în mola veziculară, în corioepiteliom, la nivelul grefelor ovariene, în rezecţiile parţiale de ovar şi în anomaliile funcţionale sau tumorale ale hipofizei anterioare. Ele secretă mari cantităţi de estradiol şi foarte mici cantităţi de progesteron, determinînd o stare pseudogestativă (ame- noree, creştere de volum a uterului, tulburări neuro-vegetative), cu eliminare de hormoni gonadotropi prin urină. Chistul Iuteinic adevărat se întîlneşte la începutul unei sarcini normale şi în resturile cotiledonare organizate (polipii placentari).

— *Chistul hemoragie* nu este altceva decît urmarea unui accident hemoragie produs în interiorul unui corp galben menstrual sau chist folicular luteinizat (atrezia foliculară hemoragică acută sau recidivantă). Aceste chisturi se pot rupe în peritoneu, producînd un sindrom clinic de hemoragie acută abdominală, ca în sarcina extrauterină ruptă (inundaţie peritoneală).

Am făcut intenţionat această scurtă incursiune asupra chisturilor ovariene netumorale, asupra originii, evoluţiei şi valorii lor funcţionale, noţiuni indispensabile pentru înţelegerea indicaţiilor terapeutice.

Aceste chisturi funcţionale au origine endocrină şi evoluţie temporară ; ele regresează spontan după ce se suprimă cauza (molă, resturi placentare); de asemenea, sînt influenţate de tratamentul hormonal; uneori nu se refac după o simplă evacuare a conţinutului prin puncţie vaginală cu un ac lung şi subţire, alteori se sparg în timpul examenului ginecologic şi tulburările funcţionale provocate de prezenţa lor dispar fără alte tratamente. După regresarea acestor chisturi, ovarul este capabil să-şi recupereze integral funcţiile.

Ca atare tratamentul chisturilor ovariene funcţionale nu este chirurgical «de principiu» în afară de unele chisturi voluminoase însoţite de dureri sau de chisturile complicate (torsiune sau ruptură cu hemoragie intraperitoneală).

Fie că se intervine cu diagnosticul de tumoare ovariană chistică, fie că se intervine pentru complicaţiile acestora (inundaţie peritoneală, de cele mai dese ori), fie că sînt descoperite intraoperator sau cu ocazia altor operaţii (fibrom) tratamentul chirurgical al acestora este totdeauna conservator: enuclearea chistului cu sau fără rezecţia parţială a ovarului respectiv.

IGNIPUNCTURA

Ignipunctura constă în spargerea chisturilor mici cu bisturiul electric. Se evită cauterizările întinse şi profunde pentru ca eliminarea ulterioară a escarelor să nu producă hemoragii. Unii chirurgi propun ca, după golirea chisturilor, cavităţile lor să fie turtite cu un surjet care înconjură ovarul.

Rezultatele obţinute cu acest procedeu în ovarita sclero-chistică sînt mediocre, întrucît produc o reacţie de scleroză din partea ţesutului ovarian, capabilă să înrăutăţească condiţiile de funcţionare a acestuia.

Ignipunctura cu electrocauterul de chirurgie se foloseşte şi în distrugerea chisturilor mici endometriozice situate pe suprafaţa ovarului, ca şi cele localizate pe suprafaţa peritoneului pelvian.

ENUCLEAREA

[5] **Acest chist este un fals corp galben (meroxantozom chistic), spre de;** s **. . de corpul galben adevărat, devenit chistic.**

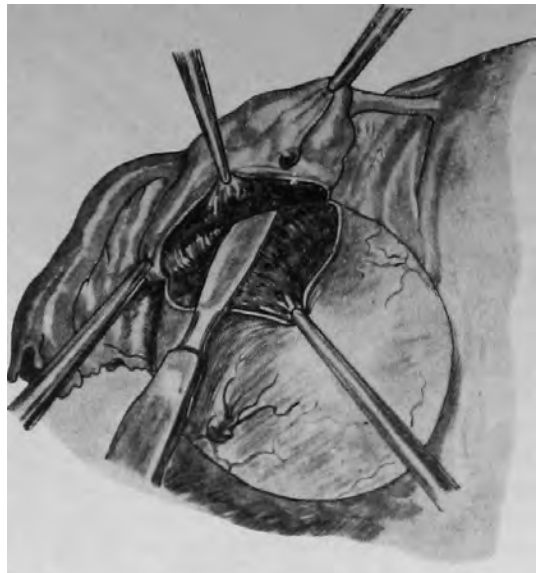


Fig. 90. — Chist ovarian funcţional. Enucleareа chistului.

Enucleareа este un procedeu chirurgical foarte simplu cu care se extirpă chisturile funcţionale, chisturile distrofice, chisturile cu conţinut şocolatiu şi tumorile dure, benigne ale ovarului, conservîndu-se partea sănătoasă a acestuia (chist foli- cular, luteinic, dermoid, endo- metriom, fibrom), chiar dacă este redusă la o simplă lamă de ţesut ovarian, adiacentă hilului (în tumorile mari).

Tehnica. Se fixează ovarul cu două pense Chaput aplicate la cei doi poli. Cu bisturiul se incizează albugineea în vecinătatea locului de unde începe porţiunea de ovar sănătos, circumscriind tumora. Se pătrunde într-un spaţiu care permite clivarea tumorii cu foarfecele curb sau cu coada bistu- riului (fig. 90).

Deseori, în timpul manevrelor de enucleare, chistul se sparge din cauza pereţilor foarte subţiri, reduşi la grosimea unei membrane friabile. Revărsarea conţinutului în peritoneu este lipsită de consecinţe. Cu o pensă Pean sau cu o pensă de disecţie fără dinţi se apucă marginile acestei membrane şi se detaşează de pe pereţii în care se dezvoltase chistul (cămaşa chistului). Această membrană trebuie extirpată în întregime, ea putînd fi punctul de plecare al unei recidive. Patul chistului nu sîngerează.

Reconstituirea ovarului se face cu un surjet fin de catgut, care asigură şi hemostaza (fig. 91-cartuş). Se foloseşte un ac subţire, atraumatic. Acul se trece prin ţesutul sănătos, şi firul nu se strînge tare, fiindcă taie, ţesutul ovarian fiind friabil. Din această cauză se evită sutura cu puncte separate, sau cînd se recurge la această manieră se folosesc punctele în U şi X.

REZECŢIA PARŢIALĂ A OVARULUI

Este cunoscută sub numele de operaţia Walther, sau ovarectomie subtotală, sau rc-zecţie cuneiformă a ovarului.

în operaţia tip Walther, inciziile pentru rezecţie se fac Ia cîţiva milimetri de marginea aderentă a ovarului, încît nu rămîric decît foarte puţin ţesut adiacent hilului. în acest fel executată, operaţia este neiiziologică, fiindcă se păstrează acea parte din parenchimul ovarului care în mod normal este foarte săracă în foliculi. Această rezecţie largă poate duce la suprimarea funcţiei ovariene şi să echivaleze, cînd este făcută bilateral, cu castraţia. Are indicaţii rare în distrofia polichistică a ovarului. Se foloseşte întotdeauna în chistul ovarian cînd se păstrează o parte minusculă de ovar ca în fig. 67 şi 68.

Fig. 91. — Distrofie ovariană polichistică. Rezecţie parţială a ovarului.
În cartuş: sutura ovarului cu surjet.

Rezecţia cuneiformă sau rezecţia parţială a ovarului se practică curent cu trei indicaţii: sindromul Stein-Leventhal («ovare de porţelan»), ovare micro- polichistice (ovarita sclero-chistică) şi chistul ovarian în carc s? păstrează o parte din parenchimul ovarului.

în sindromul Stein-Leventhal operaţia este bilaterala.

Tehnică. Se fixează ovarul între police şi index şi cu bisturiul chirurgical, se fac două incizii, de la un pol la altul în felie de portocală (fig. 91), mai mare sau mai mică, după întinderea leziunilor. în profunzime, secţiunea se face oblic, spre centrul organului, astfel ca excizia ţesutului ovarian să fie cuneiformă (fig. 92 A). Operaţia nu este sîngerîndă dacă inciziile nu au mers pînă la nivelul hilului (fig. 93 I-II).

Novak (58) trece un ac Hagedorn curb prin grosimea ovarului ca în fig. 93 şi cu portacul fixat la ac îl menţine şi îl orientează în poziţia cea mai convenabilă pentru executarea inciziilor.

Reconstituirea ovarului se face cu surjet (fig. 93-11) folosindu-se ac sertizat şi catgut fin, sau puncte separate în X. Firul trece prin toată grosimea parenchimului ovarian (fig. 93 II-cartuş). Walther, în executarea suturii cu fir continuu, propune un punct profund, pentru hemostază, alternînd cu un punct superficial, pentru afrontare. Fiindcă albungineea este friabilă, pentru siguranţa hemostazei, se trec două sau trei fire în U prin grosimea celor două felii, urmată de un surjet superficial cu fir continuu întrerupt ca în fig. 92 B.

Rezecţia parţială a ovarului sau a ovarelor este indicată de asemenea în megaovarie, la femei cu sindroame hiperfoliculinice, ca timp complementar în .operaţiile conservatoare pentru fibrom uterin (miomectomie).

Rezultatele sînt în general satisfăcătoare, deşi nu se cunoaşte modul cum acţionează acest tratament. Pe plan funcţional ovarele îşi reiau activitatea ovula- torie şi se normalizează ciclul menstrual, mărturie fiind numeroasele sarcini care apar după aceste operaţii.

Exemplul tipic îl constituie sindromul Stein-Leventhal. La cazurile cu distrofii micro-polichistice pot apărea recidive, fiindcă operaţia nu se adresează cauzei. La femeile tinere cu tumori chistice bilaterale, unele cu conţinut gudrunos, rezecţia parţială a ovarului — operaţie de necesitate — este un succes al chirurgiei conservatoare. Ea evită nu numai ablaţia ovarelor şi deci fenomenele de castraţie <ci restabileşte şi fertilitatea.

IMPLANTAREA OVARULUI ÎN CAVITATEA UTERINĂ

Operaţia este cunoscută sub numele de implantare ovaro-uterină. Fiindcă ,ovarul îşi păstrează pediculul vasculo-nervos intact, este vorba de o transplantare a acestuia în cavitatea uterină şi nu de grefă [6].

Principii şi eficienţă. Procedeele chirurgicale folosite urmăresc să facă posibilă ovulaţia direct în cavitatea uterină. Deşi în condiţii cu totul nefiziologice, jfecundaţia ovulului şi nidaţia oului sînt totuşi posibile, dovadă unele sarcini obţinute după aceste

[6] Grefă liberă de ovar după procedeul Stanca : un fragment din corticala ovarului, de mărimea unei unghii, se grefează în cavitatea uterină. Fragmentul de ovar este orientat cu faţa medulară spre endometru şi se fixează cu un fir de catgut în U. Procedeul este indicat la cazurile ,1a care se face, de necesitate, ovarectomie bilaterală, altfel autotransplantul nu prinde.

operaţii. Chiar dacă scopul de a restabili funcţia gestativă nu este atins în toate cazurile, ovarul implantat îşi păstrează multă vreme funcţia endocrină, femeile operate continuînd să aibă menstruaţii regulate. Eşecurile privind obţinerea unei sarcini fiind numeroase, autori ca Palmer nu mai folosesc «aceste operaţii.

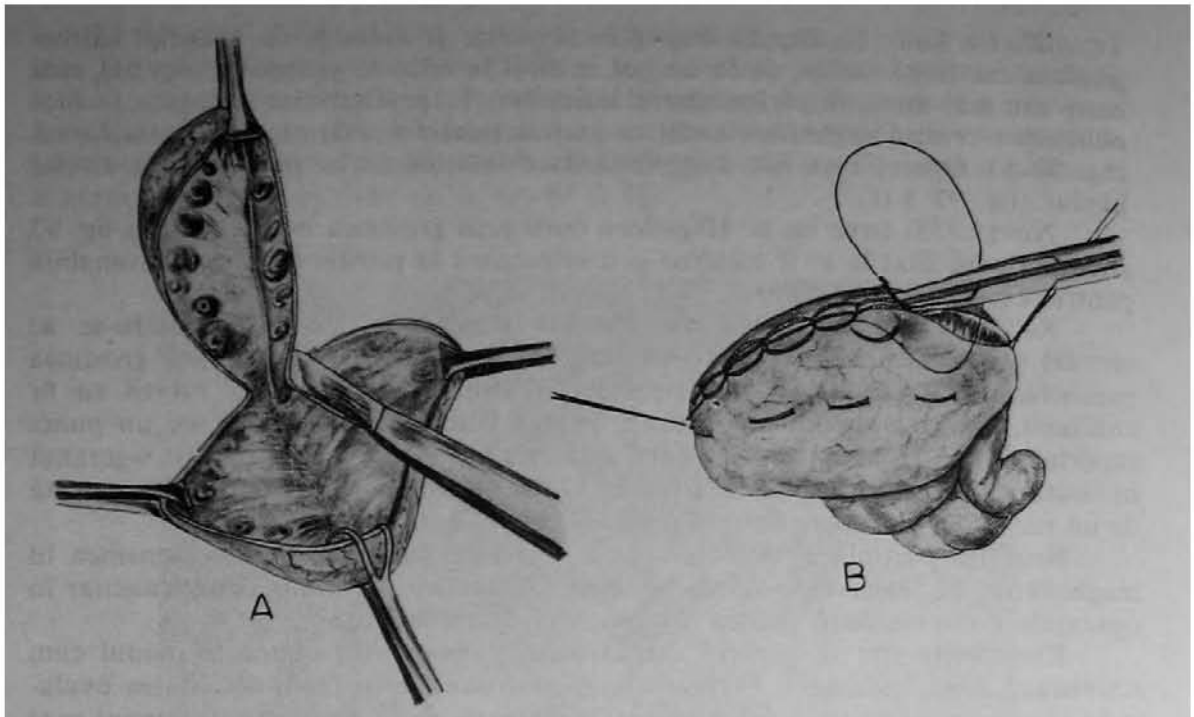


Fig. 92. — Distrofie polichistică ovariană. Rezecţia parţială a ovarului.
A — Rezecţia cuneiformă. *B* — Sutura ovarului (după Te Linde).

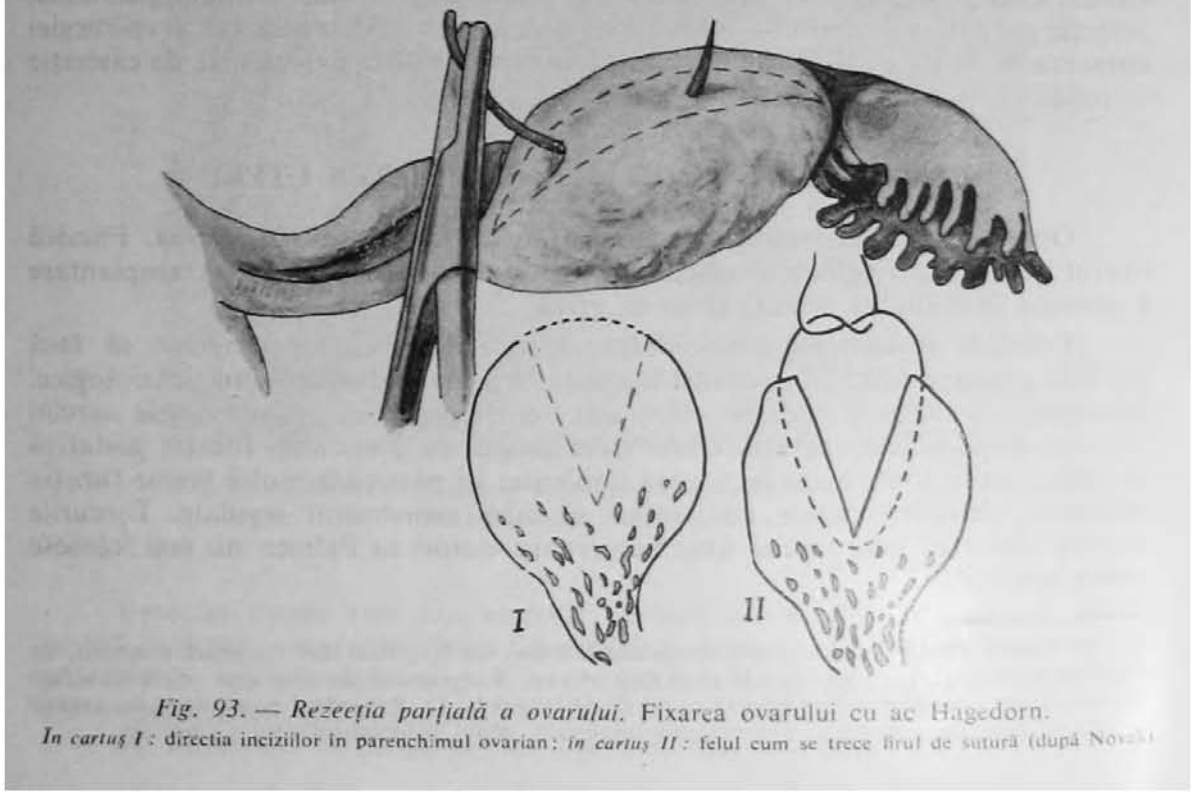


Fig. 93. — Rezecţia parţială a ovarului. Fixarea ovarului cu ac Hagedorn.
In cartuş I: direcţia incizilor în parenchimul ovarian; *în cartuş II:* felul cum se trece firul de sutură (după Nov...

Indicaţii. Acest tip de operaţie este indicat în tratamentul sterilităţii la acele femei care au suferit operaţii mutilante pe trompe şi la care fecundaţia nu mai este posibilă din această cauză. Este cazul femeilor tinere, care au suferit o sterilizare chirurgicală în antecedente, prin salpingectomie bilaterală, şi care ulterior doresc să aibă copii, al acelora la care s-a făcut o anexectomie unilaterală — indiferent motivul — şi la care se reintervine pentru o leziune a trompei rămase (hidrosalpinx), sau al acelora la care o trompă a fost extirpată cu ocazia unei sarcini ectopice şi la care se suprimă cealaltă trompă cu ocazia unei noi sarcini extrauterine. La toate

aceste cazuri, dacă primează dorinţa femeii de a avea copii, singura soluţie chirurgicală este de a se încerca şi, dacă se pretează, de a se executa implantarea unui ovar, cînd ambele există, sau a ovarului rămas cînd celălalt a fost extirpat, folosindu-se una din tehnicile pe care le vom expune.

Contraindicaţii. Operaţia este contraindicată ori de cîte ori există bănuiala unei leziuni cu posibilitate de a se maligniza, atît a ovarului cît şi a uterului.

Condiţii de efectuare. Trei condiţii sînt indispensabile:

— femeia să fie tînără;

— ovarul şi uterul să nu prezinte transformări patologice (infecţii în evoluţie, sechele post-inflamatorii, tumori benigne);

— ovarul să fie bine vascularizat şi cu pedicul suficient de lung, ca să permită transplantarea în uter fără tracţiune.

Tehnica

Procedeul Tuffier-Palmer (fig. 94). Se examinează pediculul şi se apreciază dacă lungimea acestuia permite deplasarea fără tracţiune a ovarului în uter. Se extirpă trompa (dacă există) prin excizie cuneiformă, cu deschiderea cavităţii uterului şi se micşorează volumul ovarului, prin rezecţie parţială a polului intern (fig. 94-cartuş I). Ovarul este tras în cavitatea uterului cu ajutorul unui fir de catgut. Capetele firului se înnoadă la suprafaţa uterului (fig. 94-cartuş II). Orificiul de intrare se închide cu cîteva fire de catgut şi se peritonizează cu ligamentul rotund ca în fig. 96-cartuş.

Grija principală în executarea acestei intervenţii este ca pediculul ovarului să nu fie răsucit, întins sau comprimat. Prezenţa ovarului în uter poate fi controlată ulterior prin histerografia cu lipiodol.

Procedeul S e r d uk o v. Constă din transplantarea în uter a jumătăţii interne a ovarului ataşată la ligamentul utero-ovarian. Se recurge la acest procedeu cînd pediculul lombo-ovarian este scurt. Se secţionează ovarul în două jumătăţi. Partea de ovar ataşată la pediculul ilio-pelvian se suturează ca după orice rezecţie parţială şi se lasă liberă în peritoneu (fig. 95). Partea de ovar ataşată ligamentului utero-ovarian se introduce în cavitatea uterului cu ajutorul unui fir de catgut ca în fig. 95. Se suturează miometrul (fig. 95-cartuş). Se peritonizează facultativ cu ligamentul rotund, ca în procedeul Estes (fig. 96-cartuş).

Procedeul Estes. Acest procedeu se foloseşte în cazurile la care pediculul ovarului este scurt. Se rezecă partea liberă a ovarului şi cornul uterului (fig. 96). Apoi se aplică ovarul cu suprafaţa de secţiune pe patul creat de rezecţia cornului uterin şi se fixează cu puncte separate de catgut sau de aţă, dispuse în coroană. Se peritonizează cu ligamentul rotund (fig. 96-cartuş). Deşi în această tehnică nu se tracţionează pediculul, totuşi procedeul este neraţional, deoarece zona corticală a ovarului, în care se găsesc situaţi foliculii, se găseşte în afara posibilităţii de a comunica cu cavitatea uterină.

Procedeul P a n i s este indicat de asemenea, cînd pediculul lombo- ovarian este scurt. Se rezecă parţial ovarul, astfel ca volumul lui să fie de mărimea unei cireşe. Se incizează cornul uterin în plan frontal, incizie care despică porţiunea interstiţială a trompei şi deschide larg cavitatea uterului. Cu chiureta sau cu bisturiul se crecază un culcuş în pereţii musculari, de o parte şi de alta a inciziei, în care să încapă ovarul. Se introduce ovarul preparat în cavitatea miometrială, unde este menţinut prin apropierea muşchiului cu cîteva puncte de catgut. în acest fel, pediculul nu este tracţionat şi ovarul poate ovula în cavitatea uterului.

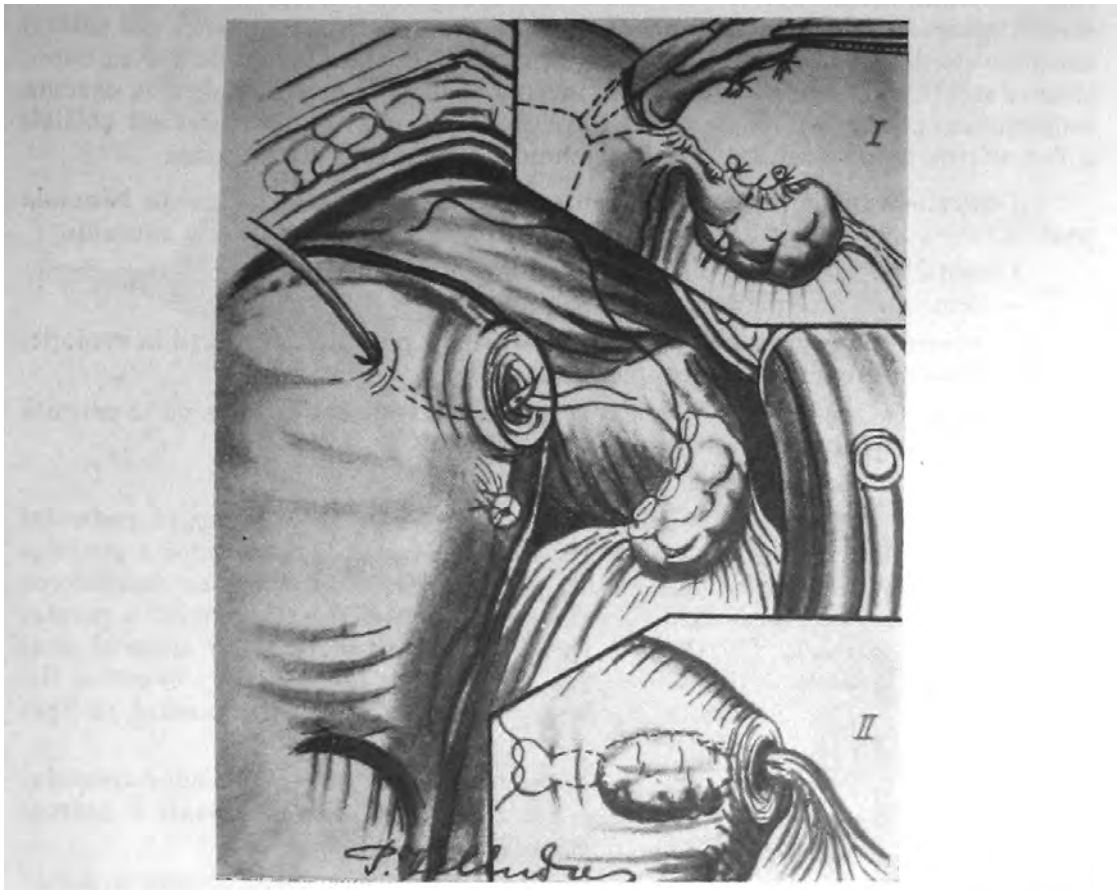


Fig. 94. — Implantarea ovaro-uterină (procedeul Tuffier-Palmer). Felul cum se aduce ovarul în cavitatea uterului.

Cartuşul I: excizie cuneiformă a trompei şi rezecţia parţială a ovarului ce urmează să fie transplantat; *Cartuşul II:* după introducerea ovarului în uter firul de tracţiune se înnoadă la suprafaţa miometrului.

Procedeul Gaillard. în acest procedeu se excizează eliptic din fundul uterin o porţiune corespunzătoare circumferinţei ovarului, cu deschiderea -cavităţii uterine. Se trec fire de catgut, în coroană, prin endometru şi miometru, păstrîndu-se capetele. Se plombează spaţiul creat cu ovarul. Fixarea lui se face t de jur .împrejur, cu capetele de catgut rămase libere (fig. 97). Cu cîteva puncte suplimentare se fixează ovarul la miometru (fig. 97-cartuş I). Pentru formarea de aderenţe în scopul evitării refulării sîngelui menstrual în peritoneu, ovarul se acoperă cu un fragment liber de epiploon (fig. 97-cartuş II). Procedeul Gaillard este de fapt o anastomoză ovaro-uterină.

Variante de tehnică la procedeele de anastomoză. Tritschkoff face o incizie de 3 cm transversală, pe peretele posterior al uterului, spre fund, care pătrunde în cavitate. Excizează din fiecare buză a inciziei cîte un triunghi miometrial cu baza spre incizie. Baza rămasă după excizia acestor fragmente triunghiulare, adică musculo-seroasa şi musculo-mucoasa, se suturează între ele cu fire de catgut. Rezultă un orificiu în formă de pîlnie în care se fixează ovarul. Johansson face o incizie largă în pîlnie, pînă la cavitatea uterului, la nivelul fundului; excizează miometrul pînă este posibilă sutura endometrului cu peritoneul visceral. Ovarul este plasat în această deschidere şi fixat cu puncte separate de catgut.

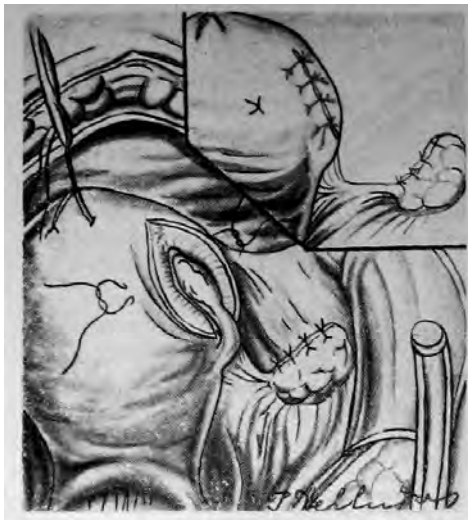


Fig. 95. — Implantare ovaro-uterină (procedeul Serdukov). Introducere în cavitatea uterină a fragmentului de ovar atașat la pedicului utero-ovarian:

În cartuș: reconstituirea miometrului după implantare și partea de ovar rămasă liberă în peritoneu.

Fig. 96. — Implantare ovaro-uterină (procedeul Estes). Excizia cuneiformă la nivelul cornului uterin și modalitatea de preparare a ovarului.

În cartuș: modalitatea de peritonizare cu ligamentul rotund.

Alte soluţii tehnice. Se încearcă reconstituirea unui traiect tubar folosindu-se autotransplante vasculare \ sau foiţele ligamentului larg. Astfel Tritschkoff a înlocuit trompa compromisă cu un fragment de venă proaspătă (autotransplant) recoltat de la membrul inferior, fixînd ovarul în capătul transplantului. Cross R. G. încearcă să obţină un tunel între ovar şi cavitatea uterului, astfel: tunelizează cornul uterin prin excizia porţiunii interstiţiale a trompei; capitonează pereţii tunelului miometrial cu două lambouri de peritonenă, prelevate de pe suprafaţa uterului, pe care le introduce spre cavitatea uterului cu fire de catgut subţire, în puncte Sturmdorf; pe un tub de polietilen, gros de 2 mm şi introdus în cavitatea uterului pînă la cervix, creează un tunel lung de 3—4 cm din peritoneul ligamentelor largi şi al ligamentelor rotunde. Tubul de polietilenă se scoate prin vagin, după trei luni.

Fig. 97. — Anastomoză ovaro-uterină (procedeul Gaillard). Plasarea ovarului în patul uterin creat prin excizia miometrului.

În cartușul I: sutura ovarului în miometru; *În cartușul II:* plastʼa cu epiploon liber.

Rezultate. Rezultatele acestor operaţii sînt submediocre: mai bune în ceea ce priveşte păstrarea menstruaţiei şi extrem de slabe în ceea ce priveşte obţinerea unei sarcini. Explicaţii: o mare parte din suprafaţa ovarului implantat se acoperă de ţesut sclero-muscular sau de endometru, împiedicînd ovulaţia; în cavitatea uterului lipsesc factorii biochimici necesari fecundaţiei; imediat după fecundaţie endometrul nu este pregătit pentru nidarea oului; oul nu se poate nida imediat după fecundaţie, neavînd dezvoltat trofoblastul, iar contractilitatea miometrului şi deschiderea istmului îl elimină rapid din uter.

Degenerarea fibroasă sau sclero-chistică a ovarului implantat este posibil"i. fie din cauza comprimării pedicululuiu cu ocazia suturării miometrului, fie c’’ cauza rezecţiei parţiale a ovarului (traumatism şi dezechilibru hormonal hir fizo-ovarian). în aceste cazuri, menstruaţiile devin dureroase. Uneori, ovarul implantat se atrofiază, se necrozează şi se elimină.

4. AMELIORAREA FUNCŢIEI OVARIENE PRIN OPERAŢII PLASTICE ŞI NEUROTROFICE

Operaţiile plastice şi «ortopedice», ovaroliza şi ovaropexia, se adresează aderenţelor şi poziţiei anormale a ovarului.

Operaţiile trofice: secţionarea nervilor ovarului la nivelul hilului, simpa- tectomia periarterială şi rezecţia nervului presacrat se adresează sistemului neuro-vascular.

OVAROLIZA

Operaţia constă din desfacerea aderenţelor în care este prins ovarul, deseori ca într-o găoace. Este indicată în sechelele inflamatorii şi de cele mai multe ori constituie primul timp în operaţiile de repermeabilizare a trompelor, în sterilitate. Scopul acestei operaţii este să redea mobilitatea ovarului şi să-i permită să ovuleze n peritoneu.

Intervenţia este delicată şi se execută cu minuţiozitate, pentru ca desfacerea aderenţelor să nu producă sîngerare şi depolisarea seroaselor adiacente, motiv de recidivă. Deseori ovarul se găseşte într-un bloc comun de aderenţe cu trompa şi operaţia capătă numele de anexoliză.

Aderenţele pot fi velamentoase, acoperind ca o perdea ovarul, sau filamen- toase. In general sînt avasculare. în endometrioză aderenţele sînt fibroase şi strînse. Atenţie la ureter !

Aderenţele se desfac numai prin secţionare cu o foarfecă fină, niciodată prin rupere cu degetele şi nu se apucă trompa cu pense traumatice, de tipul penselor «în inimă», sau penselor anatomice cu dinţi. Aderenţele groase şi întinse se rezecă la cele două capete şi se leagă cu catgut foarte subţire. Secţionarea aderenţelor se poate face cu bisturiul electric care asigură şi hemostaza. Pentru expunerea anexei se plasează un fir de catgut în X pe fundul uterului şi un altul prin grosimea ovarului, ambele de tracţiune. Dacă uterul este fixat de aderenţe în fundul de sac Douglas se începe cu liberarea acestuia, după care se trece la dezlipirea ovarului de pe pereţii pelvisului, de jos în sus şi dinăuntru în afară. Tam- ponarea se face cu comprese umede şi se evită deperitonizarea. La sfîrşitul intervenţiei se controlează cu grijă hemostaza şi se acoperă spaţiul decolat cu peritoneul existent sau prelevat sub formă de lambouri din spaţiul vezico-uterin (grefe libere de peritoneu).

Momentul cel mai delicat al intervenţiei este desfacerea aderenţelor care fixează franjurile pavilionului tubar de ovar. Secţionarea franjurilor produce sîngerare abundentă, cu hemostază dificilă din cauza friabilităţii lor şi se mai poate şi secţiona ramificaţia tubară a arterei ovariene, compromiţînd vascularizaţia pavilionului.

In procesele patologice aderenţiale bilaterale, se începe operaţia cu partea cea mai accesibilă.

De cele mai multe ori ovarul este prolabat în Douglas, încît după liberarea lui din aderenţe excesul de mobilitate trebuie corectat fie prin ovaropexie, fie indirect prin ligamentopexie.

OVAROPEXIA

Această operaţie constă din fixarea ovarului cît mai aproape de situaţia lui anatomică normală. Este indicată in procidenţa ovarului, manifestată prin dureri ortostatice şi dispareunie, în tratamentul chirurgical al sterilităţii prin sechele inflamatorii tubo-ovariene, şi ca metodă complementară în unele rectificări chirurgicale ale staticii uterului.

Operaţia se execută uni- sau bilateral, şi constă din aducerea ovarului la nivelul strîmtorii superioare, folosindu-se pentru menţinerea lui în această poziţie, fie seroasa ligamentului infundibulo-pelvian, fie faţa posterioară a ligamentului larg, fie ligamentul utero-ovarian, fie ligamentul rotund (Palmer).

Fixarea polului superior al ovarului la seroasa ligamentului infundibulo- pelvian se face cu 1—2 fire de aţă subţire (atenţie să nu se înţepe vasele pediculului).

Scurtarea ligamentelor utero-ovariene se face fie prin simplă plicaturare ca în procedeul Halban (fig. 98), fie prin plicaturare şi fixare la peretele uterului ca în procedeul Bourg (fig. 99). în ambele procedee se folosesc fire de aţă.

Procedeul Palmer se execută astfel: se secţionează ligamentul rotund cît mai departe de cornul uterin; capătul inghinal al acestuia se trece prin ligamentul larg şi se fixează la ovar cu nylon subţire (fig. 100); capătul uterin al ligamentului rotund rămas se trage la perete şi se foloseşte pentru liga- mentopexie tip Pellanda (ligamentopexie complementară).

Procedeul Abur el (fig. 101) este indicat şi ca metodă de fixare, şi după părerea autorului, şi ca metodă de tratament al insuficienţei ovariene. Se expune faţa posterioară a uterului şi se practică, în apropierea cornului, bilateral, o excizie dreptunghiulară lungă de 1—2 cm şi lată de 1/2 cm. Se practică o avivare de aceeaşi dimensiune pe una din suprafeţele libere ale ovarului respectiv. Suprafeţele avivate se pun în contact şi ovarul se fixează pe uter cu cîteva fire separate de aţă (fig. 101). Operaţia se face bilateral.

CHIRURGIA PE INERVAŢIA SIMPATICĂ

în cărţile vechi sînt redate trei posibilităţi chirurgicale pe inervaţia simpatică in patologia ginecologică:

— rezecţia nervilor ovarului la nivelul hilului — operaţia Dupont-Lhermitte;

— simpatectomia periarterială hipogastrică;

—rezecţia nervului presacrat — operaţia Cotte.

Vom expune numai tehnica rezecţiei plexului nervos simpatic presacrat, cunoscută sub numele de *operaţia Cotte*, primele două procedee fiind abandonate, interesul lor practic fiind mai mult teoretic.

REZECŢIA NERVULUI PRESACRAT. OPERAŢIA COTTE

Plexul hipogastric superior fiind calea principală a sensibilităţii uterului (Aburci), întreruperea acestei căi nervoase îşi găseşte numeroase indicaţii în patologia funcţională a organelor genitale.

Plexul hipogastric superior este alcătuit din fibre simpatice postganglionare ieşite din lanţul ganglionar paravertebral şi din ganglionii preaortici. Topografic se găseşte situat la nivelul promontoriului, sub bifurcarea aortei. La acest nivel este vorba de un plex şi nu de nervi distincţi. între cele două artere iliace primitiver plexul se bifurcă, alcătuind nervii hipogastrici superiori.

Pentru ca efectele interceptării chirurgicale a acestei căi să fie cît mai complete şi de durată, plexul trebuie rezecat pe o lungime de cîţiva centimetri şi nu simplă secţionare.

Principii şi eficienţă. Prin această operaţie se acţionează în două felurii direct — nervos — prin interceptarea căilor durerii; indirect — vascular — prin suprimarea reflexelor vasoconstrictoare. Ca urmare se suprimă unele forme dureroase şi se îmbunătăţesc condiţiile circulaţiei locale.

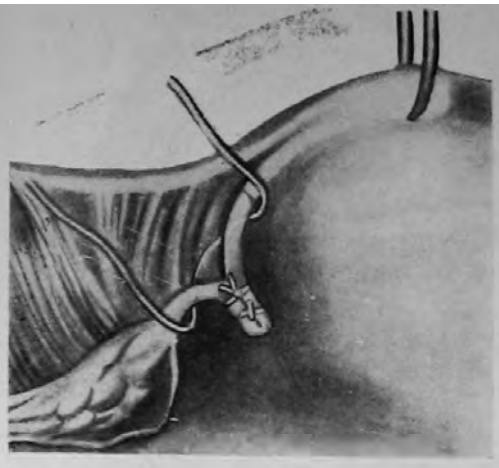


Fig. 98. — Ovaropexia. Scurtarea ligamentelor utero-ovariene prin plicaturare (după Halban).

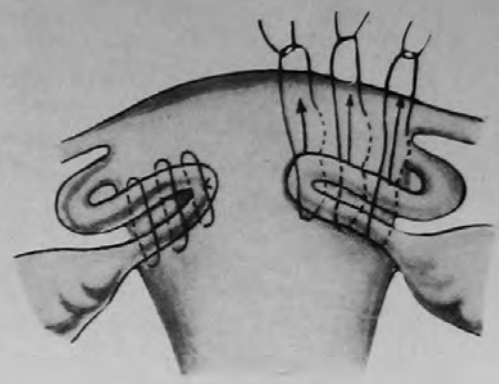


Fig. 99. — Ovaropexia. Scurtarea ligamentelor utero-ovariene prin fixarea acestora la faţa posterioară a uterului (după Bourg).

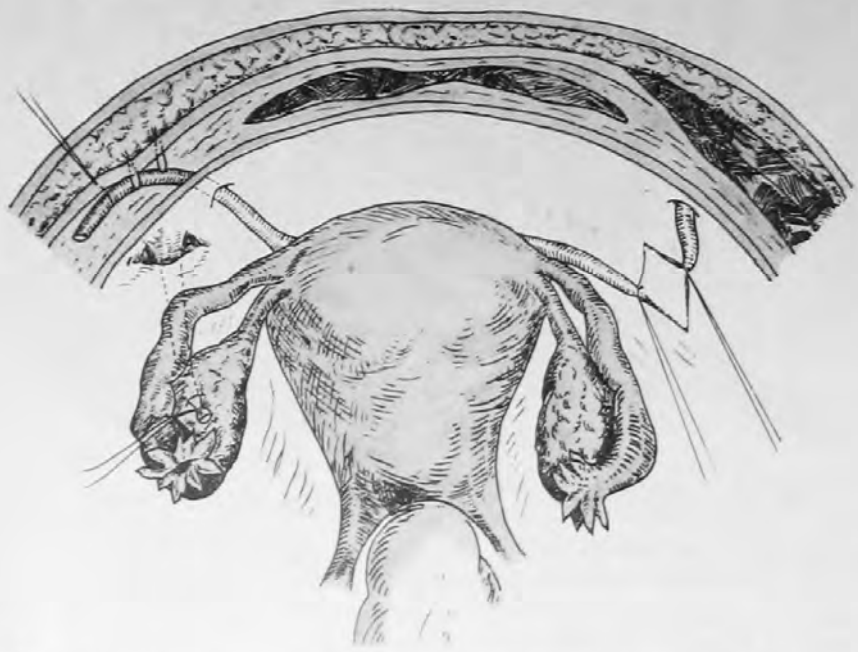


Fig. 100. — Ovaropexie cu ligamentul rotund secţionat (procedeu Palmer).

Indicaţii. în *dismenoree* (efect antispastic asupra regiunii istmice a uterului şi asupra constricţiei vasculare); în *dispareunie* şi *vaginism* cînd acestea urmează unei parametrite cronice posterioare (suprimă durerea); în *hipoplazia uterină* (ameliorează circulaţia sanguină); ca *operaţie complementară* în unele intervenţii conservatoare pe uter sau pe ovare (histeropexii, rezecţii parţiale de ovar etc.), fie pentru a îmbunătăţi rezultatul funcţional al acestor intervenţii, fie pentru a evita recidivarea fenomenelor dureroase; în *cancerul uterin* in operabil., ca metodă de tratament a durerii; în *vărsăturile grave ale sarcinii*, cu scopul de a suprima calea reflexelor nocive plecate din uter (Aburel).

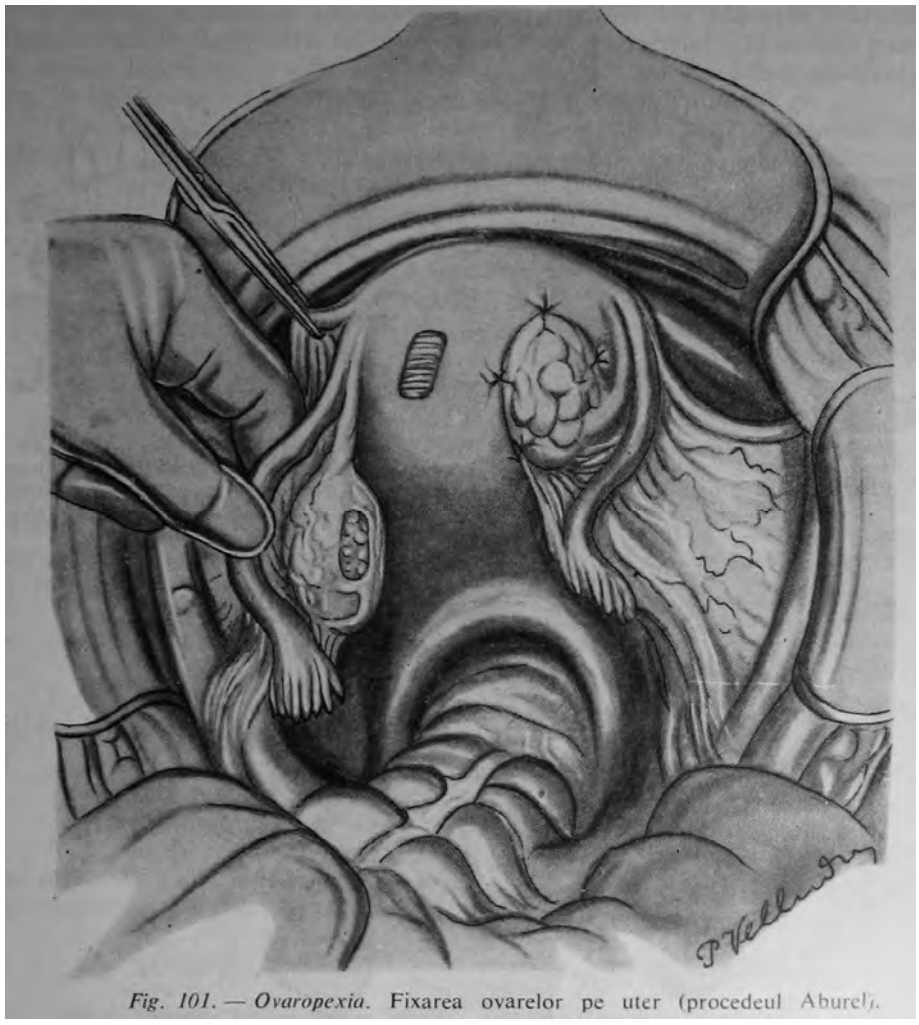


Fig. 101. — Ovaropexia. Fixarea ovarelor pe uter (procedeul Aburel).

Contraindicaţii. Leziunile inflamatorii genitale incomplet răcite.

Condiţii de efectuare. Anestezie generală sau peridurală; poziţia bolnavei în Trendelenburg; instrumente lungi pentru disecţie, hemostază şi secţionare (pense, foarfece etc.), ace Deschamps; depărtător abdominal autostatic şi valva metalică Pollosson.

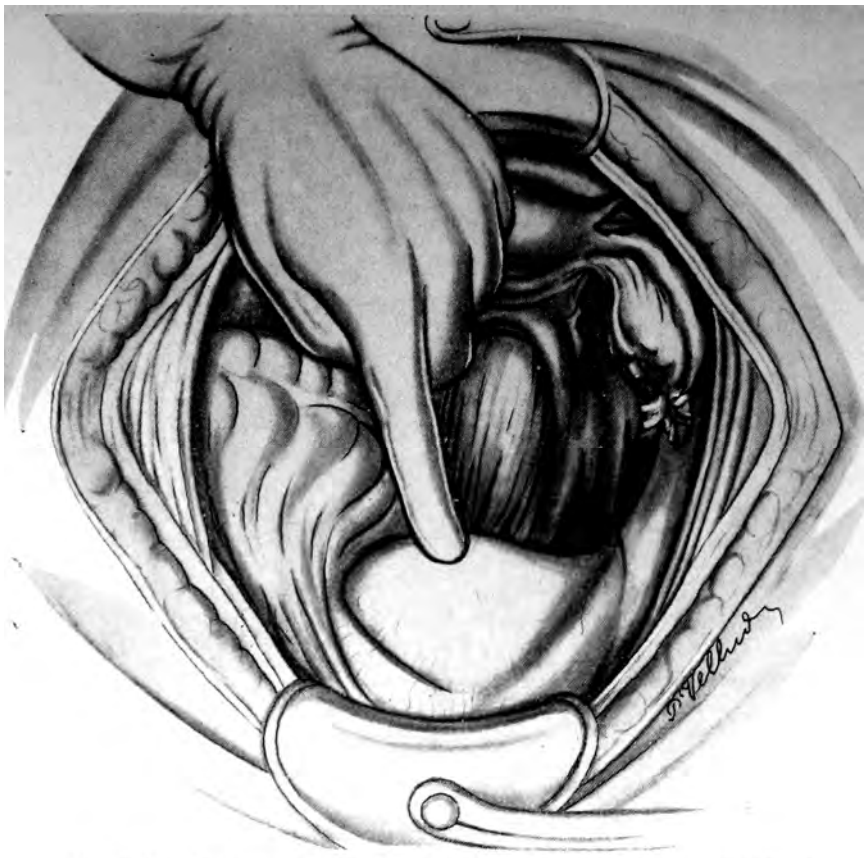


Fig. 102. — Rezecţia nervului presacrat. Căutarea promontoriului cu indexul.

Tehnica. *Incizia peretelui:* Pfannenstiel sau mediană. Se preferă incizia Pfannenstiel, fiind vorba de femei tinere, deşi incizia mediană oferă o deschidere mai largă asupra promontoriului.

Explorarea pelvisului. Se controlează uterul, anexele şi apendicele. Acest timp al operaţiei este de mare importanţă, fiindcă decide asupra conduitei. Se izolează arsele intestinale cu cîmpuri moi, se îndepărtează colonul sigmoid şi se aplică depărtătorul autostatic. Astfel se expune promontoriul a cărui situa(ie exactă se precizează prin paîpare cu indexul (fig. 102).

Incizia peritoneului (n,? 103). Se incizează peritoneul exact în faţa promontoriului (regiunea este avasculară) în sens vertical pe o lungime de 4—5 cm.

Marginile peritoneului se prind în două pense, ca în fig. 103. Incizia peritoneului se face pe linia mediană, după ce se verifică (fig. 103) topografia regiunii: îndărăt promontoriul (primul reper), în sus şi pe laturi arterele iliace primitive (al doilea reper), spre stînga vasele mezenterice inferioare, care merg prin rădăcina mezo- colonului pelvian (al treilea reper). Cu foarfecele curb sau cu un tampon montat, se decolează întîi foiţa stîngă a peritoneului pînă la vena iliacă primitivă stîngă, apoi foiţa dreaptă pînă la artera iliacă primitivă dreaptă. Atenţie la ureter, care, în partea dreaptă încrucişează artera iliacă primitivă aproape de originea ei. Cu acelaşi foarfece curb se continuă decolarea peritoneului sub pro montoriu (fig. 104).

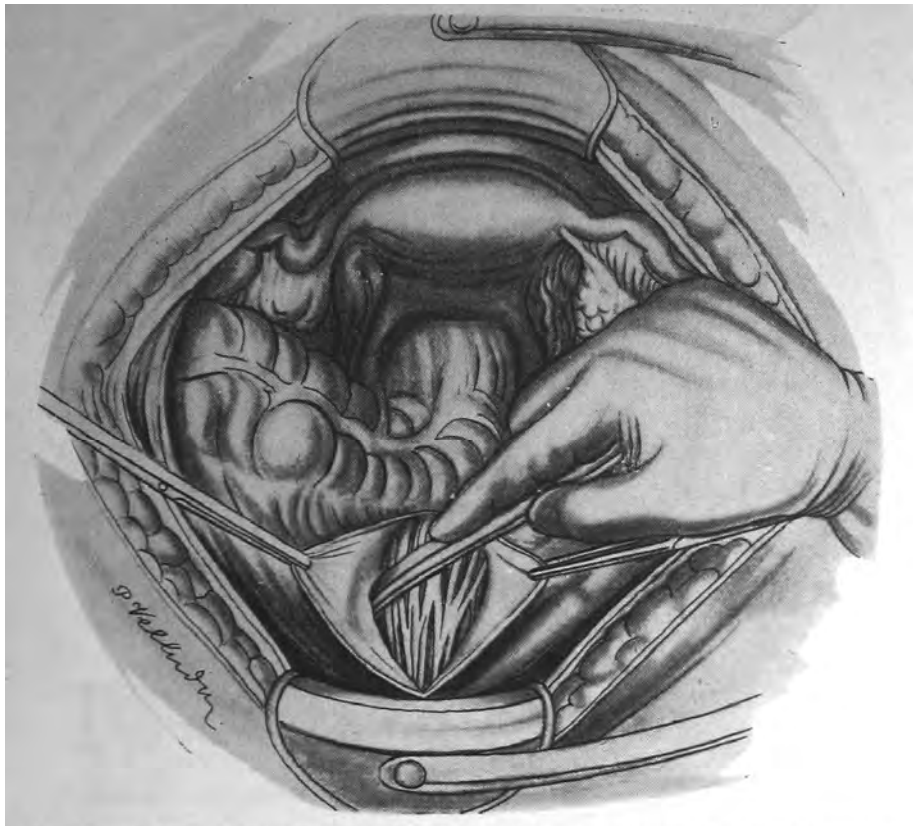


Fig. 103. — Rezecţia nervului presacrat. Decolarea foiţelor peritoneului promontorian cu foarfecele curb, închis, cît mai lateral.

Rezecţia nervului presacrat. Sub peritoneul decolat apare o lamă celui fibroasă care acoperă corpurile vertebrale. în această lamă se găsesc fibre., nervoase simpatice care alcătuiesc plexul hipogastric superior. Mai rar aceste fibre sînt condensate într-un nerv distinct, care se vede şi poate fi urmărit. Cu foarfecele curb se izolează marginile laterale ale acestei lame; apoi se prinde această lamă cu o pensă J. L. Faure, ceea ce permite decolarea ei de pe corpul vertebral şi introducerea vîrfului foarfecelui sub ea (fig. 105). Decolarea se face uşor de sus în jos, vasele sacrate (fig. 105) mijlocii rămînînd aderente la periost. în partea inferioară, imediat sub promontoriu, lama nervoasă se bifurcă, alcătuind nervii hipogastrici. Punerea în evidenţă a acestei bifurcaţii constituie criteriul sigur că s-a decolat de pe promontoriu în întregime plexul nervos presacrat. Din acest moment se decolează cu foarfecele curb închis peritoneul care acoperă nervii hioogastrici. Această decolare se face în jos, pe faţa anterioară a sacrului, evidenţii ndu-se pe o distanţă cît mai mare cele două braţe ale nervului presacrat în continuare, ca în fig. 104. în acest moment plexul poate fi luat şi pe deget ca în fig. 105 — cartuş. Se taie nervul deasupra pra nive-lului promontoriului, fără să se pună ligatură pe capătul proximal (fig. 106— cartuş). în continuare, trăgîndu-se spre simfiză pubiană, prin intermediul pensei J. L. Faure, capătul distal al nervului, se decolează lama nervoasă de pe faţa anterioară a sacrului, cu ajutorul indexului (fig. 106). Decolarea se face cu blîndeţe şi este în general fără sîngerare. în timpul decolării se evită în stînga vena iliacă primitivă şi vasele mezenterice, iar în dreapta artera iliacă primitivă şi ureterul. Această decolare are foarte mare importanţă pentru reuşita operaţiei, în ceea ce priveşte efectul funcţional, fiindcă face posibilă secţionarea filetelor anastomotice dintre nervii hipogastrici şi plexul simpatic sacrat[7], precum şi a filetelor nervoase care merg din nervii hipogastrici, sub vasele iliace, direct în lanţul simpatic paravertebral lombar. O parte din aceste filete nervoase se rup în timpul decolării cu indexul, iar o parte sînt secţionate la vedere, cu foarfecele curb (fig- 107).

[7] Held a arătat că în tratamentul algiilor pelviene trebuie secţionat lanţul simpaticului sacrat, iar Aburel a demonstrat experimental că simpaticul sacrat conţine, **cîteodată, jumătate** din fibrele senzitive centripete. De asemenea, un număr important de fibre **centr** prin anastomozele subvasculare.

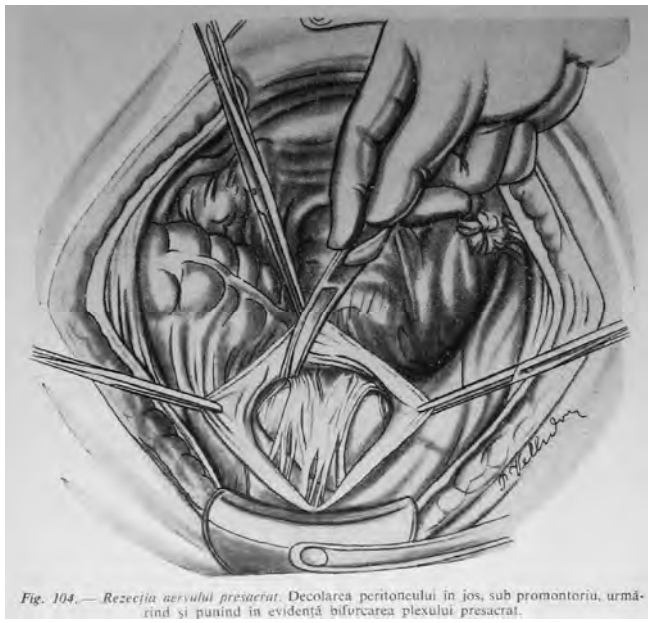


Fig. 104. — Rezecția nervului presacrat. Decolarea peritoneului în jos, sub promontoriu, urmărind și punînd în evidență bifurcarea plexului presacrat.

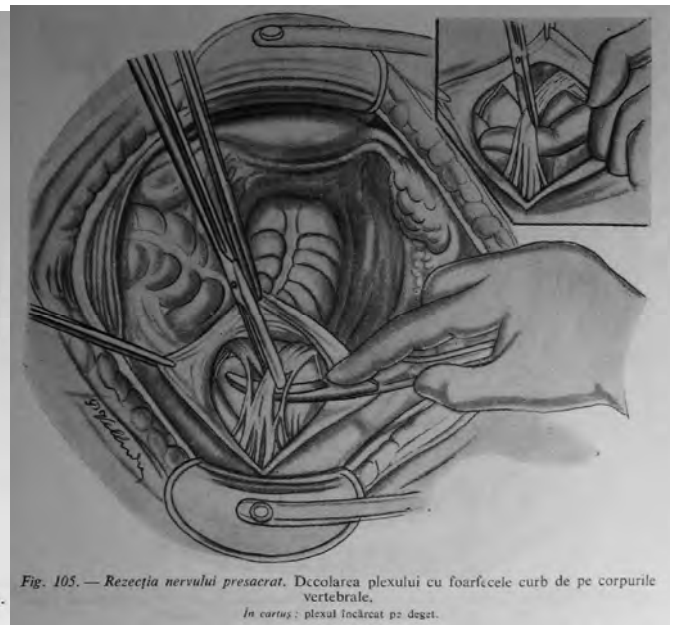


Fig. 105. — Rezecția nervului presacrat. Decolarea plexului cu foarfecele curb de pe corpurile vertebrale.
În cartuș: plexul încărcat pe deget.

Lama de ţesut astfel izolată se rezecă pe o întindere de 2—4 cm (fig. 108), fără să se pună ligaturi. Legarea capetelor rămase poate constitui punctul de plecare al durerilor secundare. Eventuala sîngerare se opreşte prin tamponament compresiv de aşteptare.

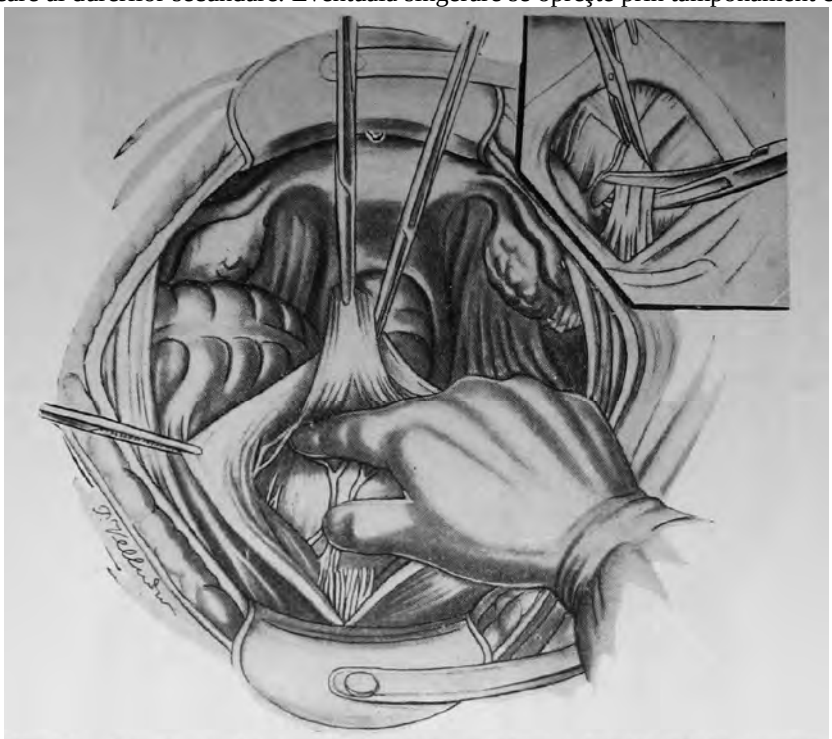


Fig. 106. — Rezecția nervului presacrat. Decolarea cu indexul a braţelor plexului presacrat şi ruperea filetelor nervoase care anastomozează plexul hipogastric cu plexul sacrat.

După ce se controlează hemostaza, se reface peritoneul cu surjet de catgut subţire (fig. 109) şi se închide abdomenul. Fragmentul rezecat este trimis pentru examen anatomo-patologic.

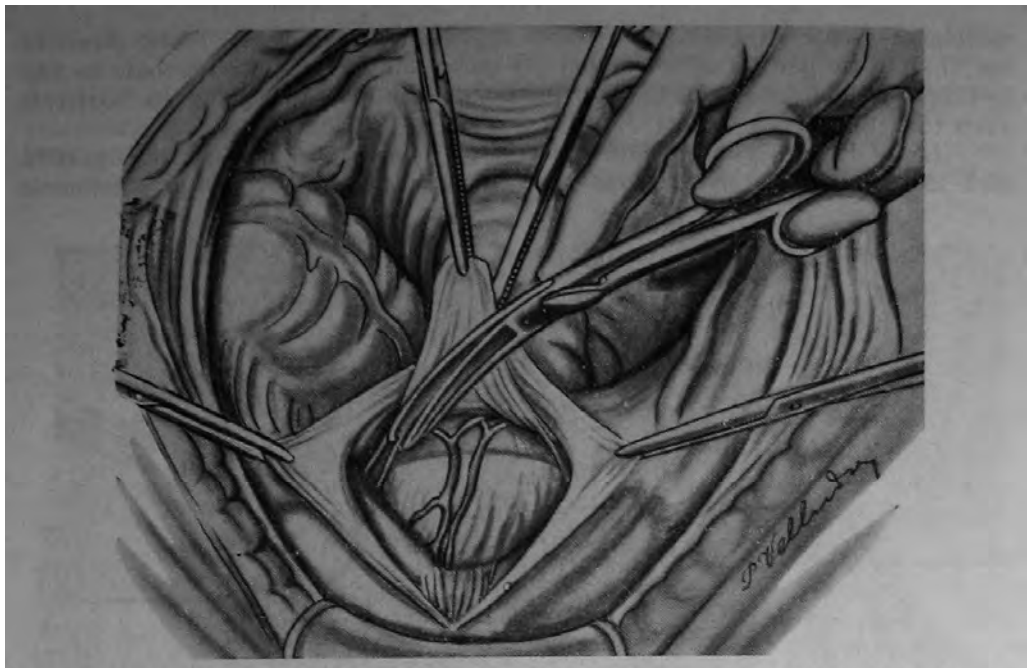


Fig. 107. — Rezecția nervului presacrat. Secționarea filetelor nervoase anastomotice care pe sub vasele iliace merg în lanțul simpatic lombo-sacrat.

Fig. 108. — Rezecția nervului presacrat. Rezecarea plexului presacrat pe lungime de 2—4 cm prin secționarea și a brațelor inferioare nervoase.

Dacă rezecţia nervului presacrat se face concomitent cu alte operaţii asupra organelor genitale, ea se execută la început, cînd este urmată de fixarea uterului, sau la sfirşit, în fibromul uterin, de exemplu (se extirpă întîi fibromul ceea ce permite rezecţia nervului presacrat în condiţii mai bune).

Evoluţia postoperatorie es'e simplă. O mică sîngerare prin vagin, care apare după 24—48 ore de la operaţie, este consecutivă efectului congestiv al simpatec- tomiei. Acest simptom clinic şi examenul histopatologic sînt criteriile de apreciere că s-a extirpat nervul presacrat şi nu o lamă de ţesut fibrocelular, banal.

Fig. 109. — Rezecţia nervului presacrat. Sutura peritoneului cu surjet neîntrerupt. Sutura începe de la capătul de sus al incizie.

Rezultate. Suprimînd spasmul regiunii istmice şi crampele vasculare, rezecţia nervului presacrat dă rezultate foarte bune în dismenoreea care nu cedează la tratamentul medical[8] cu progestative de sinteză sau cu Dolezal. De asemenea face să dispară durerile pelviene provocate de parametrita cronică posterioară. In durerile produse de neoplasmul inoperabil rezultatele sînt mediocre.

Suprimînd calea unor reflexe nocive, Aburel obţinea rezultate bune în tratamentul vărsăturilor incoercibile din timpul sarcinii. De remarcat, din experienţa sa şi a altor autori (Dumont), că perioada de dilataţie este scurtată şi durerile de naştere mult atenuate la 76% din primiparele la care s-a făcut anterior rezecţia nervului presacrat.

Rezecţia nervului presacrat nu modifică mecanismele parturiţiei, nu produce tulburări menstruale, nu alterează libidoul.

Chirurgia conservatoare pe trompă cunoaşte o mare dezvoltare. Tehnicile operatorii sînt de două categorii: salpingectomii şi Salpingoplastii.

Prin *salpingectomie* se înţelege extirparea trompei cu păstrarea ovarului, şi care se execută după regulile chirurgiei funcţionale, adică, cu menajarea la maximum posibil, a arcadei vasculare a ovarului. Salpingectomiile sînt de două feluri: totale, indicate în sarcina tubară şi în unele procese inflamatorii cronice; parţiale, indicate în sterilizarea chirurgicală şi în chirurgia sterilităţii tubare. Salpingectomia care se face cu extirparea concomitentă a ovarului poartă numele de anexectomie (vezi pag. 111).

Prin *salpingoplastie* se înţeleg acele procedee chirurgicale care au ca scop restabilirea permeabilităţii tubare. Sînt indicate în tratamentul sterilităţii şi se numesc operaţii plastice şi restauratoare. La realizarea acestora, progrese importante sînd aduse de chirurgia microscopică (vezi pag. 213).

[8] S. Marshall şi R. Kennedy publică 72% vindecări în dismenoreea primară şi 80% vindecări în dismenoreea secundară.

1. SALPINGECTOMIA TOTALĂ UNILATERALĂ

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

Salpingectomia totală unilaterală este o operaţie conservatoare fiindcă se execută după două principii: conservă ovarele şi trompa opusă, respectînd toate funcţiile aparatului genital, şi menajează la maximum posibil arcada vasculară a ovarului (fig. 110).

Salpingectomia totală unilaterală se face cu rezecţie cuneiformă a porţiunii interstiţiale a trompei pentru a se evita sarcinile ectopice recidivate pe bontul restant, sindromul dureros menstrual, numit « de bont restant» (explicat fie de lăsarea pe loc a unor focare patologice distrofice — salpingioze, diverticuloze, endometrioze —- fie de pasajul sîngelui menstrual), precunr şi evoluţia unor focare inflamatorii (microabcese) banale sau tuberculoase.

INDICAŢII

Cea mai frecventă indicaţie o constituie sarcina ectopică tubară, după care vin în ordine, procesele patologice inflamatorii tubare, acute sau cronice (pio- salpinx, hidrosalpinx, salpingita nodulară, salpingita xantomatoasă) şi unele distrofii chistice ovariene şi paraovariene în care trompa se extirpă împreună cu tumoarea, respectîndu-se parţial ovarul (vezi pag. 87).

TEHNICĂ

a) Salpingectomia totală cu rezecţia cuneiformă a cornului uterin. Ca operaţie tip redăm tehnica salpingectomiei în sarcina ectopică.

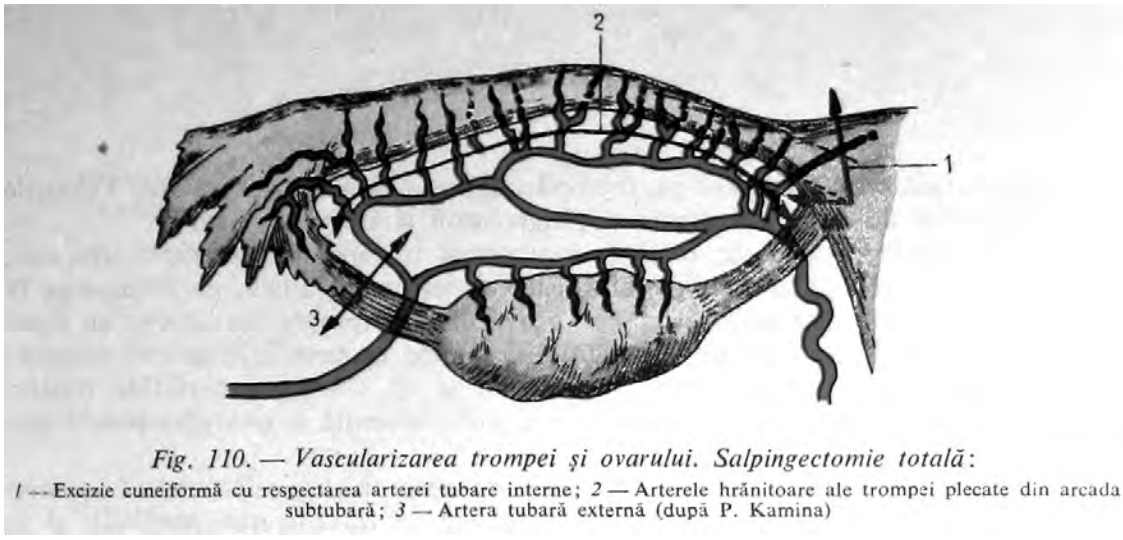


Fig. 110. — Vascularizarea trompei şi ovarului. Salpingectomie totală:
1 — Excizie cuneiformă cu respectarea arterei tubare interne; *2* — Arterele hrănitoare ale trompei plecate din arcada subtubară; *3* — Artera tubară externă (după P. Kamina)

Anestezie: generală prin intubaţie oro-traheală.

Cale de abordare: abdominală prin incizie Pfannestiel sau mediană, în inundaţia peritoneală cu stare de şoc se dă preferinţă inciziei mediane, pentru rapiditatea cu care se execută.

După deschiderea abdomenului se întîlnesc două eventualităţi: sînge liber, proaspăt, în peritoneu şi pelvisul fără aderenţe, sau sînge liber, vechi, în peritoneu şi pelvisul acoperit de aderenţe epiplooice şi intestinale, sub care se găsesc cheaguri de sînge.

în prima eventualitate operaţia este simplă şi se execută cu rapiditate, scopul fiind hemostaza chirurgicală, indispensabilă pentru scoaterea bolnavei din şoc.

Timpii operaţiei.

— Se evacuează parţial sîngele din peritoneu şi se izolează ansele intestinale cu cîmpuri moi.

— Cu mîna dreaptă introdusă în pelvis se caută anexa tumorală şi se exteriorizează, introducînd sub ea un cîmp moale.

— Se face un inventar atent şi rapid al leziunilor anatomice macroscopice: sediul sarcinii (ampulară, istmică sau interstiţială), locul rupturii, starea pavilionului (avort tubar), aspectul ovarului respectiv şi prezenţa corpului galben gestativ, starea anexei opuse, volumul şi consistenţa uterului.

— Se aplică o pensă în inimă pe trompă, gest care evidenţiază foarte bine mezosalpinxul în toată întinderea lui, după care se aplică, din afară înăuntru,pense drepte sau curbe de hemostază, plasate în lungul trompei şi cît mai aproape de ea, prinzînd şi secţionînd mezoul din aproape în aproape, pînă la cornul uterin. Arteriolele mici, care sîngerează în timpul secţionării mezoului, se prind cu pense mici de hemostază şi se leagă separat (fig. 111). Tracţionînd de trompa detaşată de mezou, se procedează, cu un bisturiu cu vîrful ascuţit, la excizia cuneiformă a porţiunii interstiţiale a acesteia (fig. 112 A). înainte de a proceda la rezecţia cuneiformă plasăm o pensă Kocher în unghiul dintre trompă şi marginea uterului, pensă de hemostază al cărei vîrf muşcă din miometru. Hemostaza zonei excizate se face cu fire de catgut, în U sau în X, care realizează reconstituirea cornului uterin (fig. 112 A).

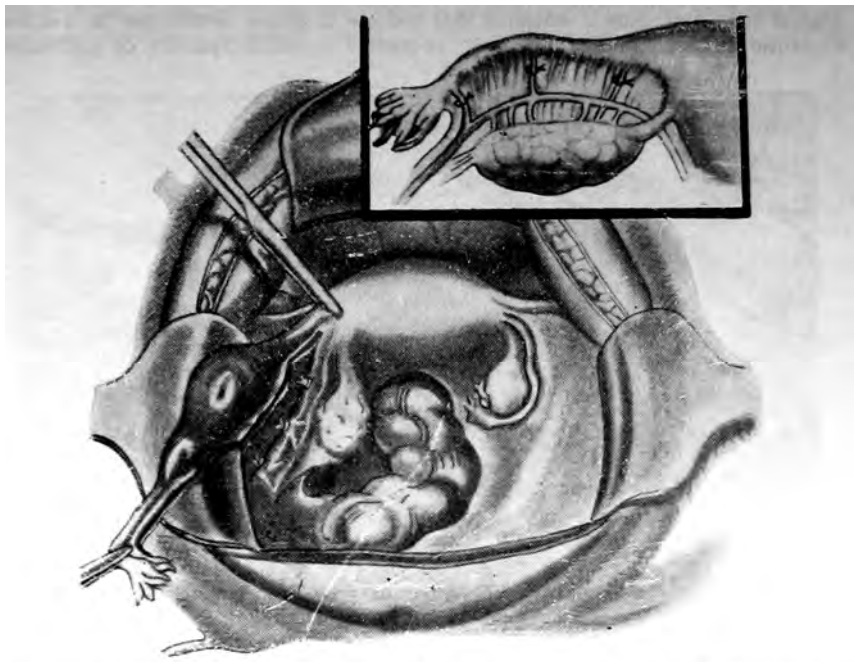


Fig. 111. — Salpingectomie totală simplă. Arteriolele din mezosalpinx se leagă separat:
În cartuş: dispoziţia vaselor arteriale din mezosalpinx.

— Se peritonizează cu grijă « mezosalpinxul» (fig. 112 B) cu surjet fin, care acoperă capetele vaselor ligaturate, şi cornul uterin cu ligamentul rotund, ca în fig. 96-cartuş. Peritonizarea cu ligamentul rotund are avantajul că poziţionează uterul prin scurtarea acestui ligament.

— Se controlează hemostaza, se evacuează complet restul sîngelui revărsat în peritoneu cu aspiratorul sau se suge cu cîmpuri moi şi se închide peretele abdominal în straturi anatomice, fără drenaj.

în eventualitatea că pelvisul este acoperit de aderenţe, se procedează astfel:

— Se eliberează epiploonul din aderenţele parietale şi viscerale prin decolare cu degetul, prin disecţie cu foarfecele curb şi uneori prin rezecarea porţiunilor care nu se lasă desprinse. Epiploonul este îngroşat şi cu porţiuni de culoare violacee (semn că sub el se găseşte sînge). Hemostaza porţiunilor rezecate se se face imediat, cu fire de aţă trecute cu acul. Atenţie sporită în timpul rezec- ţiei epiploonului, la ansele intestinale şi la hemostaza acestuia.

— Se eliberează ansele intestinale, frecvent aderente la procesul patologic anexial şi la uter. Aceste aderenţe sînt recente şi ansele intestinale se lasă uşor desprinse cu degetul, mai rar cu o compresă montată (pericol de perforaţie).

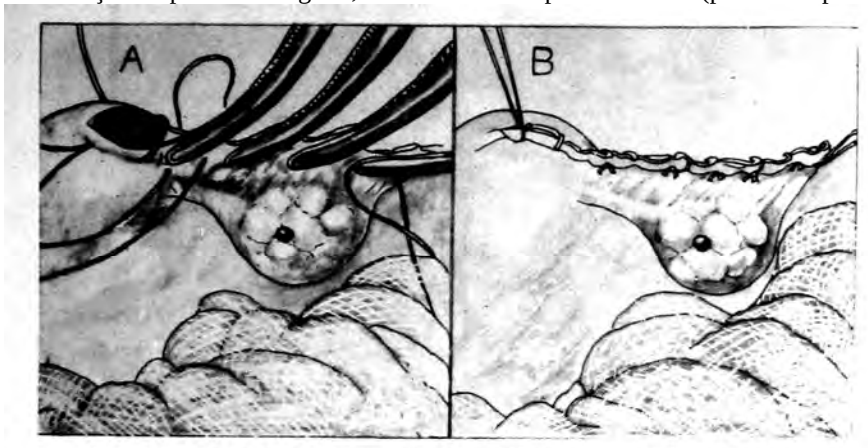


Fig. 112. — Salpingectomie cu rezecţie cuneiformă a porţiunii interstiţiale:
A — Sutura cornului uterin. *B* — Sutura mezosalpinxului.

Dacă sînt bride fibroase, în procesele patologice mai vechi, acestea se secţionează cu foarfecele. Ansele decolate se controlează imediat. Suprafeţele depolisate se suturează cu fire subţiri de catgut (ac foarte fin). Eventualele perforaţii se suturează în dublu strat cu fire de aţă subţire. Se controlează hemostaza după care ansele intestinale împreună cu epiploonul se acoperă cu cîmpuri moi.

— Se liberează Douglasul parţial de cheagurile de sînge.

— Prin palpare se identifică topografia anatomică a anexei tumorale, se precizează fundul uterului, şi cu degetele uşor flectate se caută un plan de clivaj, întotdeauna de jos în sus, şi dinăuntru în afară. Insinuarea degetelor se face cu blîndeţe vizînd unghiul diedru pe care-1 face marginea uterului cu faţa posterioară a ligamentului larg şi decolarea masei tumorale se face progresiv. Trompa tumorală devine liberă şi accesibilă exerezei. Maniera aceasta de rezolvare a masei tumorale se preferă disecţiei instrumentale (riscuri pentru ureter şi pentru vasele mari).

— Se practică salpingectomia totală după tehnica descrisă mai sus (pag. 138).

— Se controlează ovarul respectiv şi anexa opusă.

— Se închide abdomenul după ce se face o toaletă riguroasă a pelvisului şi se scot cîmpurile de izolare. Se drenează cu tub din plastic numai dac" aema-

tocelul este supurat. In acest caz se fac şi însămînţări pe medii de cultură şi se administrează antibiotice postoperator.

b) Salpingectomia totală fără rezecţie cuneiformă a cornului uterin. Are aceleaşi indicaţii şi se face atunci cînd sîntem nevoiţi să simplificăm tehnica pentru a scurta timpul operaţiei (starea gravă de şoc a bolnavei).

Tehnică. Se aplică două pense drepte Kocher, una pe mezosalpinx paralelă cu trompa şi alta perpendiculară, de sus în jos, pe inserţia uterină a trompei, cele două pense apropiindu-şi vîrfurile, după care se secţionează cu foarfecele din afară înăuntru sau dinăuntru în afară (fig. 113). Hemostaza se face cu fire de catgut sau de nylon trecute cu acul, unul prin mezosalpinx, altul însăilat, circular, la nivelul cornului uterin. Capetele firului trecut prin mezosalpinx se pot fixa pe uter, realizînd peritonizarea bontului, sau se peritonizează cu ligamentul rotund ca în fig. 96-cartuş. Aşa cum se vede în fig. 113 acest procedeu este justificat numai de simplitatea şi rapiditatea cu care se execută. Dacă nu există această justificare impusă de starea gravă a bolnavei, se procedează ca în fig. 114, respectîndu-se arcada vasculară tubară.

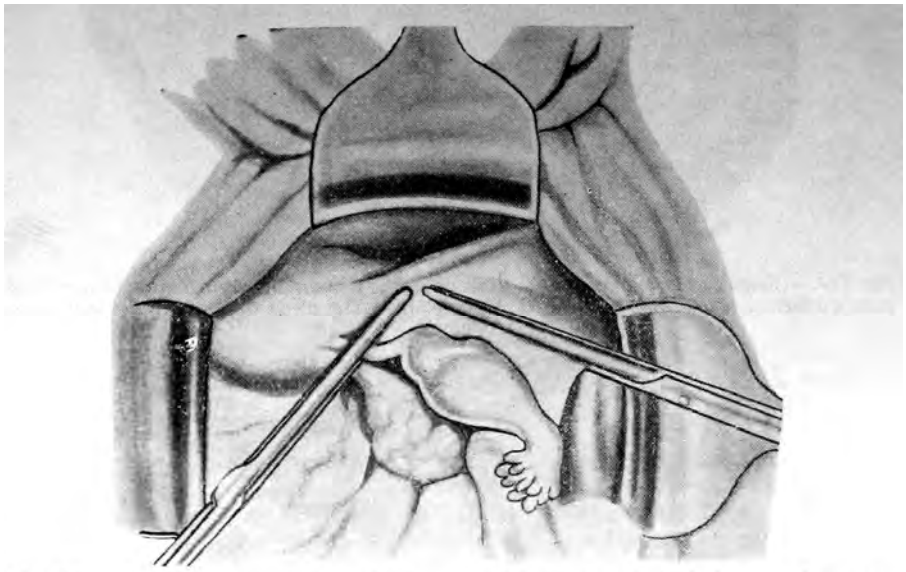


Fig. 113. — Salpingectomie totală simplă. Aşa cum sînt plasate pensele de hemostază, nu este menajată arcada vasculară (după Peham).

Variante de tehnică:

c) Salpingectomie retrogradă. Procedeul a fost descris de Mocquot şi constă din extirparea trompei dinspre uter spre pavilion, începînd cu secţionarea ei la nivelul cornului uterin (fig. 115 a). Trăgînd de capătul trompei în sus se evidenţiază mezosalpinxul care se secţionează progresiv cu foarfecele, cît mai aproape de peretele trompei, pensînd îa vedere arteriolele hrănitoare (fig. 115 b). Se înlocuiesc pensele cu ligaturi şi se reconstituie mezosalpinxul cu surjet fin

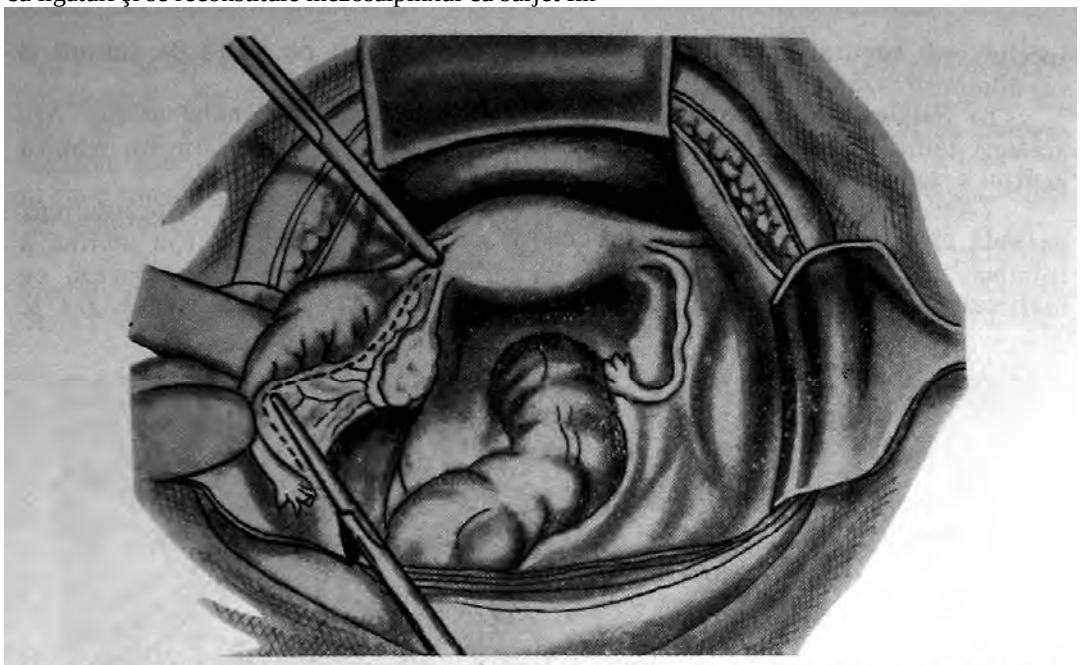


Fig. 114. — Salpingectomie totală simplă. Linia de incizie a mezoului, cît mai aproape de trompă pentru a menaja arcada vasculară tubară. La nivelul istmului pensa de hemostază prinde numai trompa.

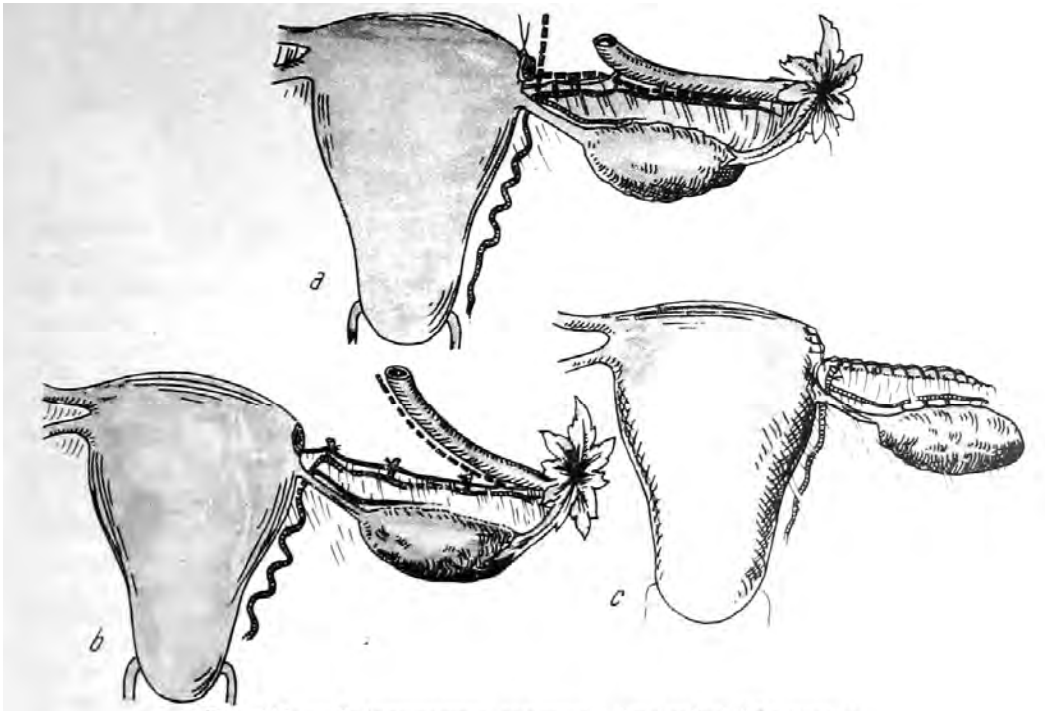


Fig. 115. — Salpingectomie retrogradă (procedeul Mocquot):
a — Secţionarea trompei la nivelul cornului uterin şi linia de incizie a mezosalpinxului. *b* — Ligatu[illegible] din arcada tubară. *c* — Sutura foiţelor mezosalpinxului.

(fig. 115 c). Rezecţia cuneiformă a cornului uterin se poate face după extirparea trompei.

d) Salpingectomia subseroasă are ca scop menajarea la maximum posibil a vascularizaţiei ovarului şi a fost descrisă de Villard şi Labry.

Se începe cu rezecţia cuneiformă a capătului proximal al trompei, după care se fac, cu un bisturiu fin, două incizii paralele, de-a lungul trompei, una pe faţa anterioară şi alta pe faţa posterioară (fig. 116) care interesează numai seroasa. Trăgînd în sus şi în afară de capătul proximal rezecat, cu latul bistu- riului sau cu un foarfece fin, se refulează foiţele mezosalpinxului de pe trompă. Arteriolele care apar se pensează la vedere. Acest procedeu nu se poate realiza dacă seroasa tubară este foarte aderentă din cauza unui proces vechi inflamator.

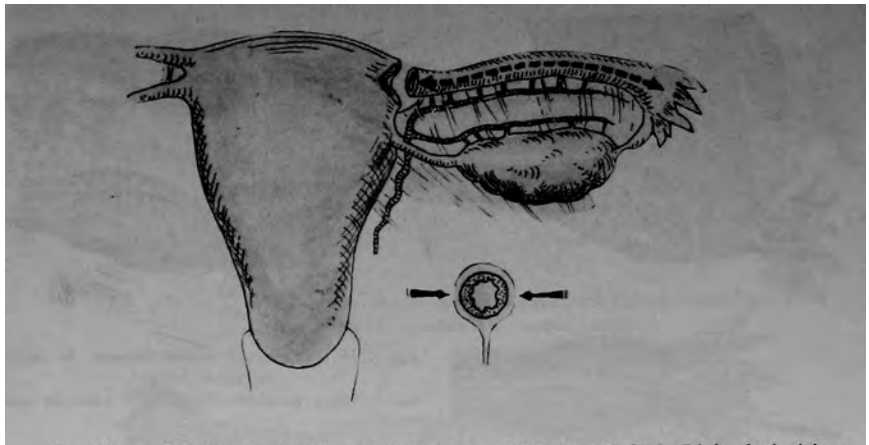


Fig. 116. — Salpingectomie subseroasă (procedeul Villard şi Labry). Linia de incizie a seroasei tubare.

O modificare la tehnica de mai sus este adusă de Barrier, care secţionează seroasa printr-o singură incizie, de-a lungul marginii superioare a trompei.

Menţionăm amănunte de tehnică la procedeele descrise: secţionarea fran- jurului Richard cît mai aproape de pavilionul tubar pentru a nu secţiona arteriola care formează bucla arcadei subtubare a ovarului, iar cînd mezosal- pinxul este larg şi arcada vasculară se vede prin transparenţă, vasele hrănitoare ale trompei pol fi legate trecînd fire cu acul prin ochiurile vasculare.

2. OPERAŢII CONSERVATOARE ÎN SARCINA ECTOPICĂ TUBARĂ

Aceste operaţii sînt discutabile ca indicaţie şi nici într-un caz nu sînt recomandabile la cărurile de mare urgenţă.

Datorită ceiioscopiei, diagnosticul sarcinii ectopice se face astăzi înainte ca să apară accidentele de ruptură şi în consecinţă, operaţiile se pot face «la rece». în aceste situaţii se poate recurge la operaţii conservatoare care se **pot** face după stilul şi metodele folosite în tratamentul chirurgical al sterilităţii tubare**.** Aceste operaţii conservatoare pot fi urmate de riscuri: hemoragie imediată, sarcină ectopică recidivată, degenerări maligne produse de retenţia unor vilozităţi coriale pe locul unde a fost nidat oul. De aceea, nu se indică decît la acele cazuri la care trompa opusă a fost extirpată cu ocazia unei operaţii anterioare, sau cea existentă este compromisă funcţional şi bolnava să fie informată asupra eşecurilor şi mai ales asupra riscurilor posibile.

Contraindicaţiile acestor operaţii derivă din: neasumarea riscurilor de către bolnavă, urgenţa intervenţiei (operaţiile conservatoare lungesc operaţia) şi riscul infecţiei (în hematocelul organizat).

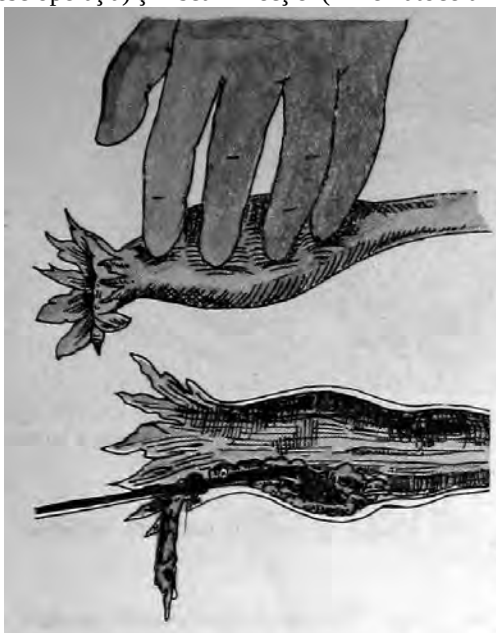


Fig. 117. — Operaţii conservatoare în sarcina ectopică tubară. Evacuarea oului prin pavilion urmată de chiuretaj cu chiureta mică.

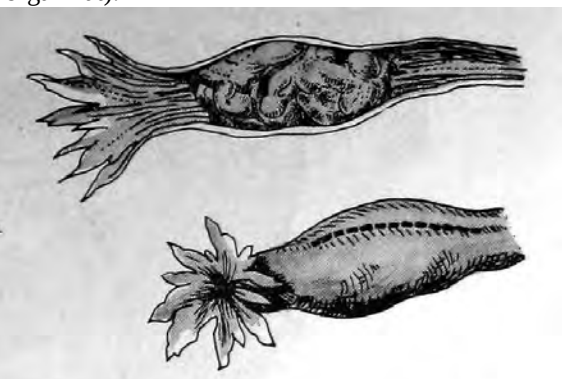


Fig. 118. — Operaţii conservatoare în sarcina ectopică tubară :
Sus : Trompa secţionată linear. *Jos :* Linia de incizie.

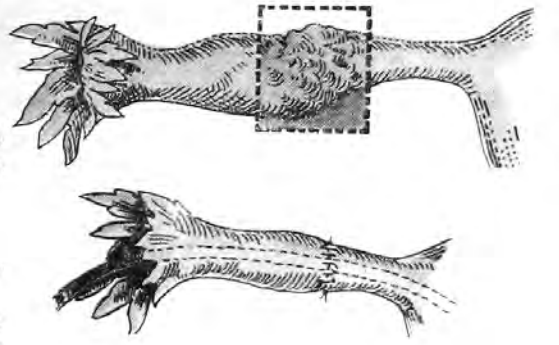


Fig. 119. — Operaţii conservatoare în sarcina ectopică tubară istmo-ampulară :
Sus : rezecţia parţială a trompei. *Jos :* anastomoză termino-terminală. →

PROCEDEELE TEHNICE OBIŞNUITE

1) *Evacuarea oului prin pavilionul tubar* (urmată de chiuretaj foarte delicat) (fig. 117).

2) *Enuclearea oului* prin *salpingectomie lineară* făcută pe marginea, superi- oară a trompei (fig. 118). După scoaterea oului se spală locul cu ser fiz:.

cald şi trompa se reconstituie într-un plan cu nylon foarte subţire (ac sertizat).

3) *Rezecţia parţială a trompei* urmată de anastomoză termino-terminală pe tutore de polietilenă (care se scoate la sfîrşitul operaţiei) (fig. 119), de implantare ampulo- sau tubo-uterină (fig. 120) sau de reconstituire a pavilionulu (fig. 121).

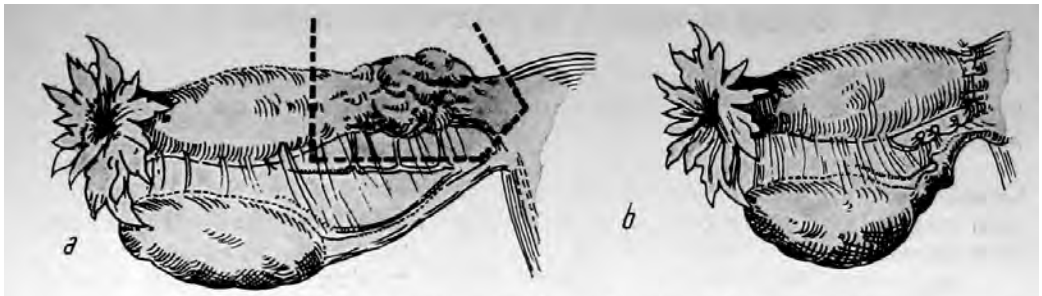


Fig. 120. — Operaţii conservatoare în sarcina ectopică tubară istmică :
a — rezecţia trompei; *b* — implantare ampulo-uterină.

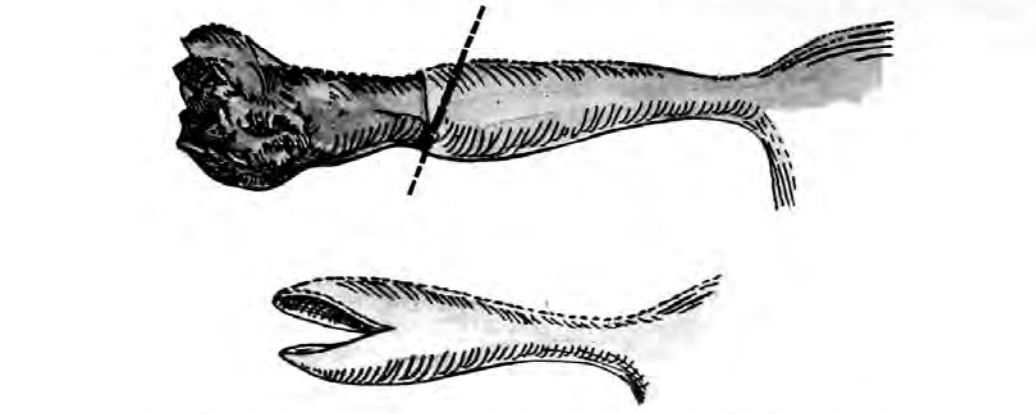


Fig. 121. — Operaţii conservatoare în sarcina ectopică tubară pavilionară :
Sus : rezecţia pavilionului. *Jos :* reconstituirea ostiumului abdominal.

Toate aceste modalităţi tehnice se decid în timpul operaţiei în raport cu sediul sarcinii ectopice, cu lungimea şi calitatea anatomică a trompei, cu starea anexei opuse, cu starea clinică a bolnavei în momentul operaţiei, cu tehnicitatea şi experienţa operatorului în chirurgia minuţioasă a trompei şi cu condiţiile organizatorice ale sălii de operaţie (instrumentar fin, ace sertizate cu fire de sutură foarte subţiri, sonde de polietilenă şi ser fizilogic cald). După aceste operaţii nu se drenează abdomenul şi se administrează antibiotice.

Tratamente postoperatorii şi rezultate globale în sarcina ectopică tubară. Pe 1 152 sarcini extrauterine operate între anii 1968—1977, în Spitalul clinic «Giuleşti», mortalitatea a fost zero. în alte statistici, mortalitatea este cuprinsă între 0,9—0,25%. Din cazurile operate, aproximativ 50% rămîn din nou gravide şi ceea ce este de menţionat, cam 10% din acest lot fac sarcini extrauterine recidivate. Evoluţia postoperatorie este obişnuită şi singurul tratament care contează în special la formele cu inundaţie, este echilibrarea hemodinamică în timpul şi după operaţie cu transfuzii de sînge şi în continuare protejare cu antibiotice şi tratamentul anemiei.

CONDUITA TEHNICĂ ÎN ALTE EVENTUALITĂŢI

a) *Sarcină ectopică tubară ruptă în ligamentul larg.* în această situaţie, adeseori, sîntem obligaţi să extirpăm şi ovarul pentru a putea asigura o bună hemostază.

b) *Sarcina ovariană* în care ovarul este greu de recunoscut în tumoarea hematică eclatată. Deseori, cu răbdare, se poate face o rezecţie parţială a ovarului (vezi pag. 125); în caz contrar se face ovarectomie (vezi pag. 113) şi uneori chiar anexectomie (vezi pag. 114).

c) *Sarcina abdominală.* în această situaţie se deschide sacul amniotic şi se extrage fătul. Cordonul ombilical se leagă la inserţia lui pe placentă şi se rezecă membranele amniotice. Dacă placenta este inserată pe ansele intestinale, se lasă pe loc şi abdomenul se închide fără drenaj. Placenta abandonată se resoarbe în lunile care urmează. Dacă placenta este inserată cu precădere pe epi- ploon, se poate încerca scoaterea ei, cu rezecţia largă a acestuia. Operaţia este foarte hemoragică şi riscantă.

d) *Sarcină cervicală.* Hemoragia vaginală în această localizare este catastrofală şi histerectomia cu păstrarea anexelor este soluţia tehnică cea mai sigură pentru salvarea bolnavei.

e) *Sarcină ectopică tubară bilaterală.* Se procedează la salpingectomie bilaterală, ca în fig. 122. în raport cu localizarea sarcinilor şi numai dacă femeia nu are copii şi acceptă, se pot încerca una sau alta din tehnicile conservatoare descrise la pag. 151.

f) *Sarcină ectopică tubară cu sarcină uterină concomitentă.* Se procedează la salpingectomie pentru sarcina tubară şi se chiuretează uterul pe cale vaginală, la sfîrşitul operaţiei, sau ulterior, dacă persistă metroragiile. Excepţional sarcina uterină poate evolua sub tratament intens cu progestative de sinteză.

g) Sarcină ectopică tubară după histerectomie cu păstrarea anexelor. Se face salpingectomie.

h) *Inundaţie peritoneală fără sarcină ectopică.* în practica unui serviciu se observă cîteva cazuri pe an. Hemoperitoneul este produs cel mai frecvent de ruptura corpului galben, uneori de ruptura splinei. Operaţia constă din enuclearea chistului hemoragie sau rezecţia parţială a ovarului. în ruptura splinei se face splenectomie.

Sterilizarea chirurgicală este indicată la femeile cărora sarcina şi naşterea le pun viaţa în pericol sau le compromit sănătatea (indicaţii medicale).

Legarea şi secţionarea trompelor produce deseori, la cîţiva ani de la operaţie, tulburări menstruale şi neuro-psihice importante, de aceea, aceste procedee nu se aplică decît cu justificări strict medicale şi întotdeauna cu acordul femeii.

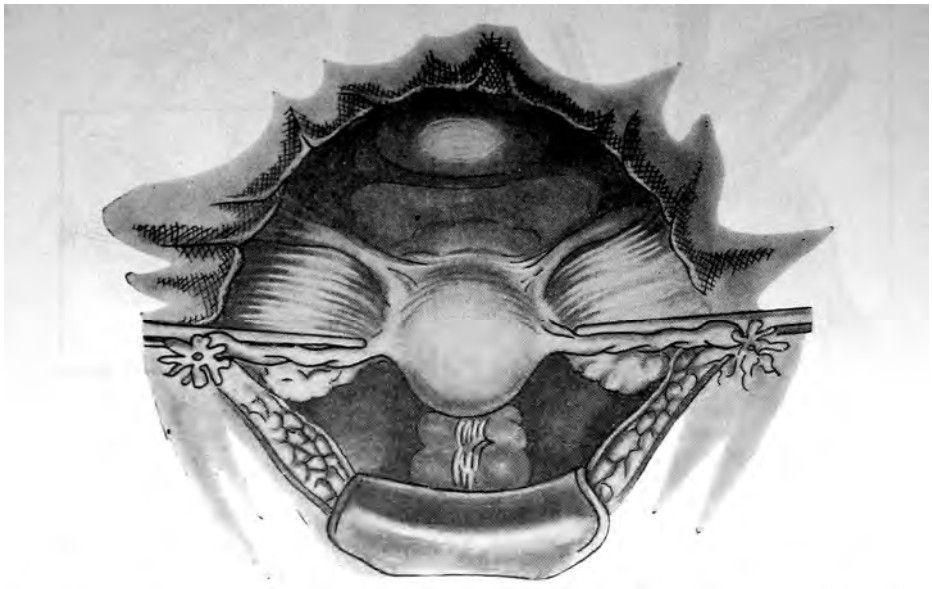


Fig. 122. — Salpingectomie bilaterală. Felul cum se aplică pensele pe mezosalpinx, bilateral.

Operaţiile pentru sterilizare se pot face pe cale abdominală sau pe cale vaginală, fie prin colpoceliotomie anterioară (vezi pag. 71), fie prin colpoceliotomie posterioară (vezi pag. 76)] şi sînt definitive. Insuccesele lor depind de tehnica folosită. J

Dezvoltarea tehnicii celioscopiei face posibilă sterilizarea la femeie, prin intervenţii operatorii intracelioscopice (electrocoagulare, aplicare de clipsuri sau inele din plastic pe trompe).

în cele ce urmează vom descrie cîteva procedee chirurgicale clasice de sterilizare definitivă şi cîteva procedee de sterilizare temporară (acestea din urmă au indicaţii excepţionale). Dintre procedeele clasice vom prezenta pe acelea care oferă nu numai garanţia unei sterilizări definitive, ci şi aceea că, la nevoie, pot fi reversibile, adică să permită refacerea tranzitului tubar prin procedee de microchirurgie (vezi pag. 213) în eventualitatea că femeia doreşte să aibă copii (după decesul copiilor, după divorţ etc.).

TEHNICI DE STERILIZARE CHIRURGICALĂ DEFINITIVĂ

LIGATURA ŞI SECŢIONAREA TROMPELOR ÎN PORŢIUNEA ISTMICĂ

Acest procedeu este foarte simplu şi se face atît prin minilaparotomie, cît şi pe cale vaginală, aplicîndu-se două ligaturi cu fir neresorbabil între care se secţionează trompa (fig. 123).

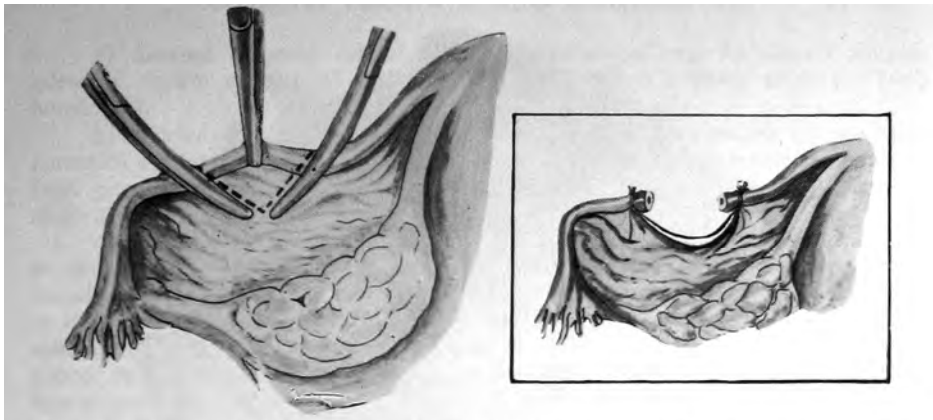


Fig. 123. — Sterilizare chirurgicală. Ligatura şi secţionarea trompelor în porţiunea istmică (metoda vienezã).

Bonturile sînt lăsate libere în peritoneu. Acest procedeu se foloseşte astăzi cel mai mult fiind, dintre toate, cel mai reversibil, permiţînd repermeabilizarea prin anastomoză microchirurgicală. în acest scop istmul tubar se secţionează la 2 cm de cornul uterin. Procedeul este cunoscut sub numele de metoda şcolii vieneze.

SALPINGECTOMIA PARŢIALĂ INTERNĂ

Procedeul a fost descris de Neuman-Kustner şi reluat recent de Robert. Se secţionează trompa între două ligaturi (fig. 124) după care se rezecă cuneiform capătul proximal. Se reface muşchiul uterin (fig. 124) şi capătul distal al trompei se înfundă între foiţele ligamentului larg (fig. 124-cartuş). Operaţia se face bilateral.

Avantajele procedeului: menajează arcada vasculară tubară; extirpă porţiunea interstiţială a trompei, sursă de infecţie şi de dureri; permite reimplantarea tubo-uterină dacă ulterior devine necesară recuperarea fertilităţii pierdute.

LEGAREA ŞI SECŢIONAREA TROMPELOR DUPĂ PROCEDEUL SĂVULESCU

Se secţionează trompa cu bisturiul între două pense Kocher, aplicate la 2 cm de cornul uterin (fig. 125). Pensele nu apucă decît trompa şi secţiunea se opreşte la mezou. Se încrucişează cele două fragmente ale trompei şi se aplică

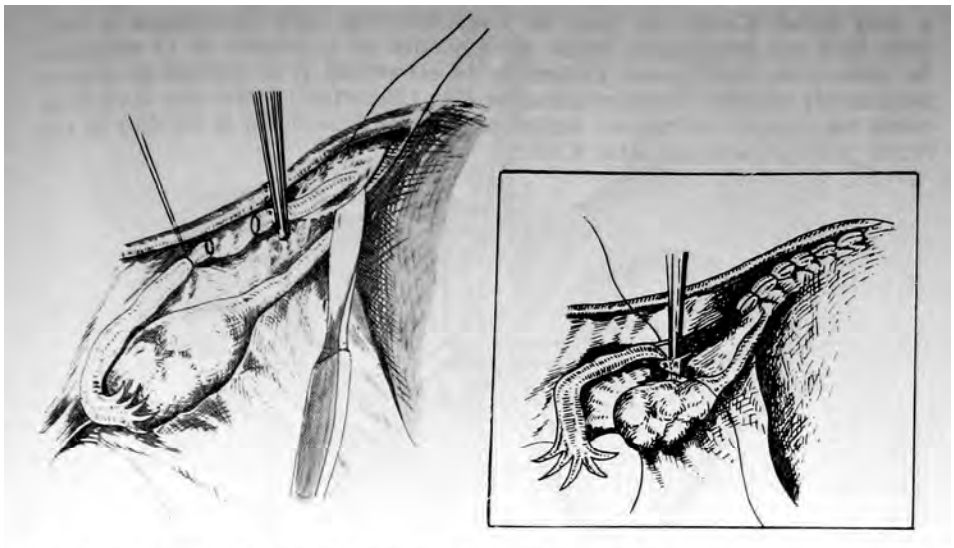


Fig. 124. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Neuman-Küstner). Secționarea trompei și excizia cuneiformă a porțiunii proximale.
În cartuș : reconstituirea cornului uterin și introducerea capătului trompei între foițele ligamentului larg (după G. Robert)

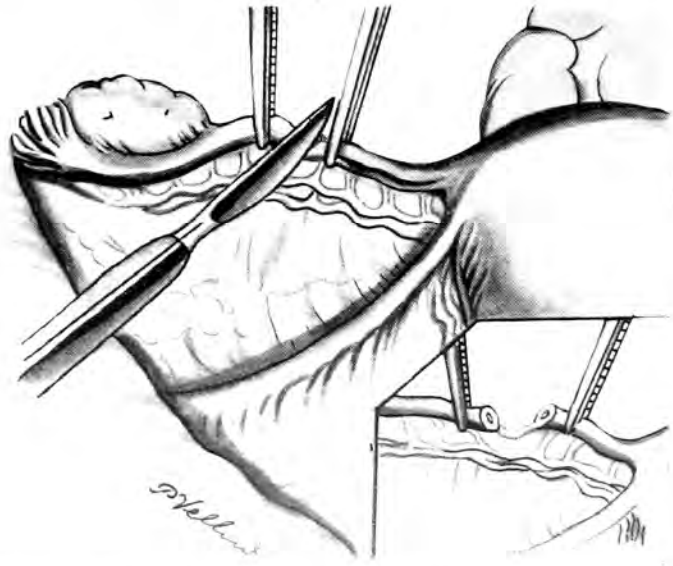


Fig. 125. — Steri[illegible] chirurgicală [illegible] pense Kocher [illegible]

a treia pensă Kocher pe locul de încrucişare (fig. 126). încrucişarea se face astfel încît cele două capete tubare devin paralele pe o lungime de 15 milimetri. Se desfac cele două pense Kocher de la extremităţi şi se reaplică pe ambele porţiuni ale trompei, devenite adiacente (fig. 126-cartuş). Astfel cele două fragmente ale trompei sînt aşezate paralel pe o distanţă de 2 cm şi zdrobite în trei locuri prin aplicarea penselor Kocher.

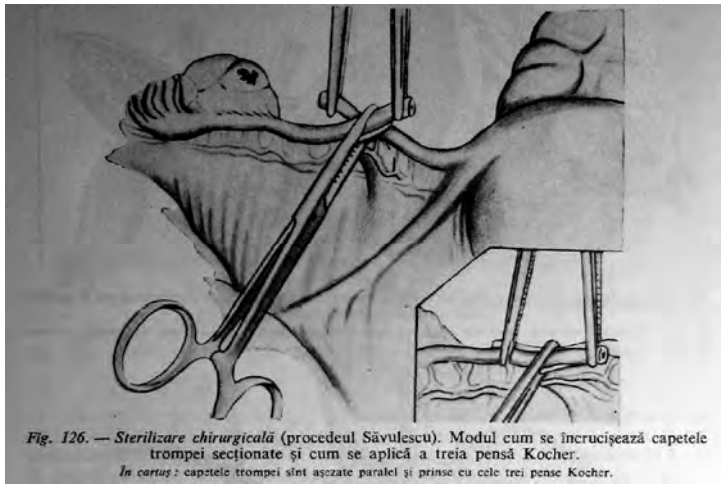


Fig. 126. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Săvulescu). Modul cum se încrucișează capetele trompei secționate și cum se aplică a treia pensă Kocher.
În cartuș : capetele trompei sînt așezate paralel și prinse cu cele trei pense Kocher.

Apoi se ridică pensa Kocher plasată la mijloc şi cu acul Reverdin mic sau Hagedorn se trece un fir de aţă care se leagă pe locul pensei (fig. 127). La fel se procedează şi cu celelalte două pense de la extremităţi, astfel încît Ia sfîrşitul operaţiei trompa secţionată este legată în trei locuri (fig. 128).

Un amănunt de tehnică care simplifică şi mai mult operaţia este de a plasa un fir de aţă între capetele secţionate ale trompei (fig. 129) şi de a se încrucişa capetele trompei peste acest fir. Firul se leagă pe locul încrucişării ca în fig. 129-cartuş. Restul operaţiei decurge ca mai sus.

Avantajele acestui procedeu sînt: se execută simplu şi rapid; nu compromite vascularizaţia mezosalpinxului; eficacitate maximă; se pretează şi la anastomoză şi la implantare uterină ulterioară, dacă devine necesară recuperarea funcţiei de procreaţie a femeii.

LEGAREA ŞI SECŢIONAREA TROMPELOR DUPĂ PROCEDEUL POMEROY

Acest procedeu este foarte simplu şi rapid. Are dezavantajul, ca şi procedeul Madlener, că se pretează mai puţin la operaţii reversibile. Se face o buclă din porţiunea istmică a trompei care se strictureză la bază cu o pensă Kocher. Pe locul pensei se aplică o ligatură cu fir neresorbabil deasupra căreia se excizează vîrful buclei ca în fig. 130. Nu se peritonizează capetele. Ca să nu sară ligatura, firul se poate trece de la început cu acul prin mezou şi se înnoadă de o parte şi de alta prinzînd picioarele buclei.

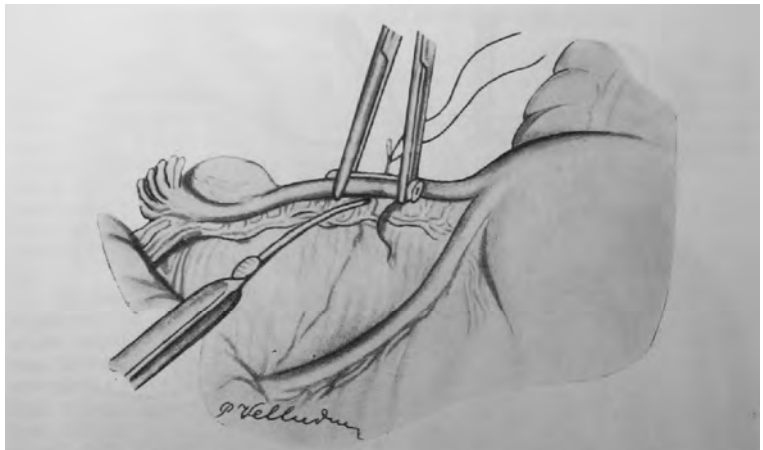


Fig. 127. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Săvulescu). Felul cum se trec firele care înnoadă pe locul penselor Kocher.

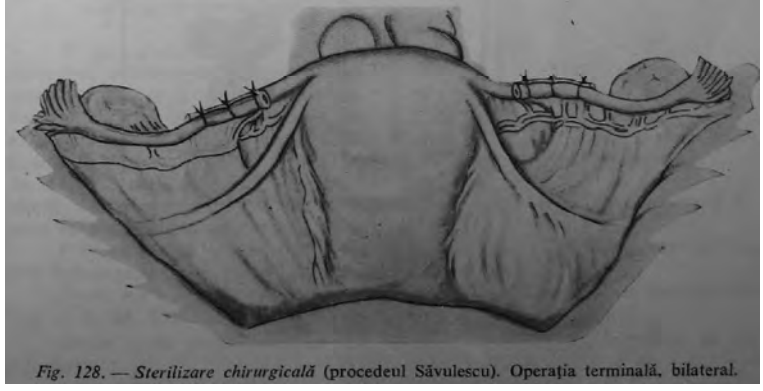


Fig. 128. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Săvulescu). Operaţia terminală, bilateral.

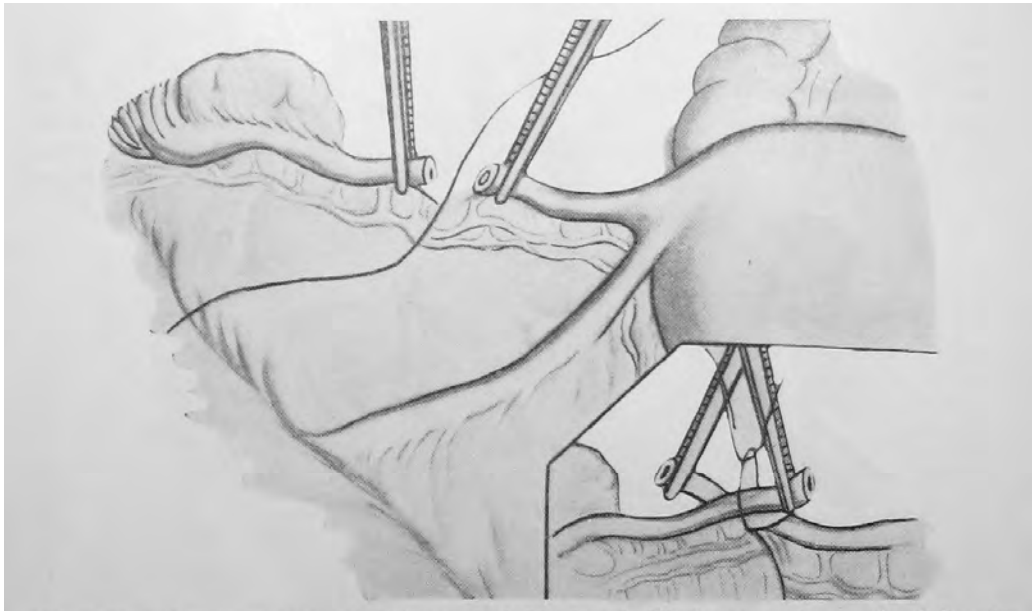


Fig. 129. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Săvulescu). Felul cum se trece primul fir prin mezou imediat după secţionarea trompei.
În cartuş : firul de aţă se leagă peste locul de încrucişare al celor două capete.

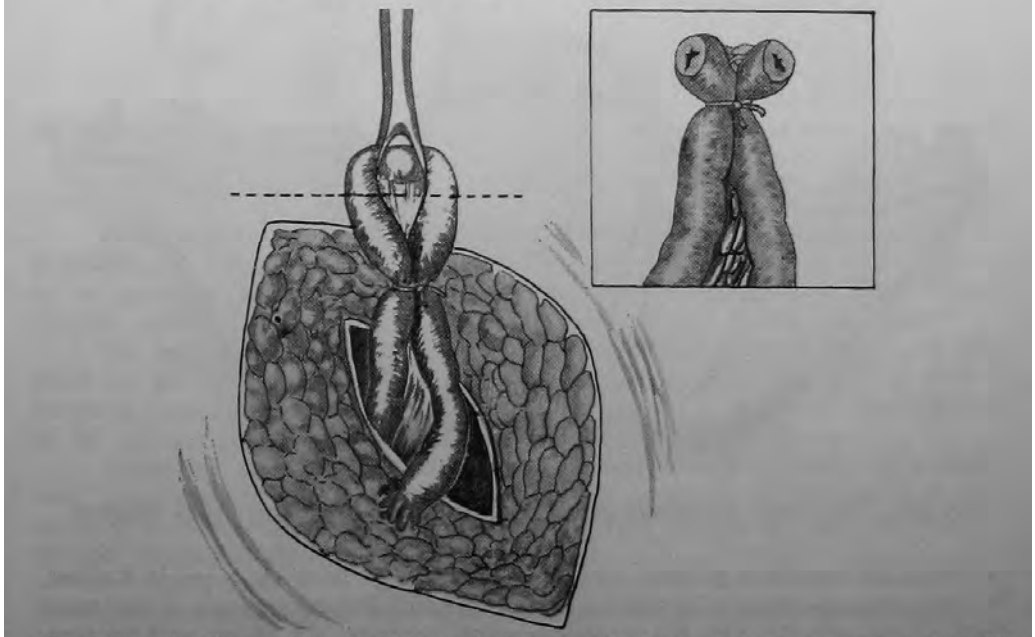


Fig. 130. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Pomeroy). Se leagă bucla trompei cu fir neresorbabil pe locul stricturat de pensă şi se amputează vîrful buclei.
În cartuş : operaţia terminată

LEGAREA TROMPELOR DUPĂ PROCEDEUL MADLENER

Acest procedeu este cel mai simplu şi mai rapid. Cu o pensă de disecţie se apucă trompa din porţiunea ei cea mai mobilă şi cu o pensă de hemostază puternică se zdrobeşte bucla formată (fig. 131) sub care se aplică o ligatură cu fir neresorbabil. Pentru mai multă siguranţă, Novak leagă trompa cu un fir neresorbabil plasat cam la mijlocul lungimii acesteia şi păstrează capetele firului. Trăgînd de capetele acestui ■ fir, se formează o buclă pe care o strictureză cu o pensă Kocher pe locul căreia plasează după aceea o ligatură cu fir de nylon ca în fig. 132.

Fig. 131. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Madlener). Locul de zdrobire a buclei tubare şi locul unde se aplică ligatura.

Ambele procedee, Pomeroy şi Madlener, au trei dezavantaje comune: sacrifică prea mult din lungimea trompei făcînd dificile operaţiile reversibile; zdrobeşte şi mezoul, ris- cînd compromiterea arcadei vasculare; eficacitate mai mică (riscul de sarcini prin repermeabilizarea naturală a trompei).

TEHNICI DE STERILIZARE CHIRURGICALĂ TEMPORARĂ

Procedeul Alfieri. Acest procedeu, recomandat de Halban, se execută astfel: se decolează peritoneul vezico-uterin şi în spaţiul creat se aduc trompele, al căror pavilion se fixează la uter cu fire de aţă ca în fig. 133. Cu acest procedeu trompele rămîn intacte, putînd fi scoase ulterior de sub peritoneul vezico-uterin şi repuse în situaţia lor anatomică, normală.

Procedeul Van der V e l d e. Se adresează ovarelor care se trec prin ligamentele largi şi se înfundă într-o bursă ca în fig. 134.

Procedeul Pana în care ovarele se introduc între foiţele ligamentului larg ca în fig. 135.

Dintre toate procedeele descrise considerăm procedeul Săvulescu ca cel mai sigur.

CELIOSCOPIA

Definiţie. Celioscopia este metoda prin care se face examinarea directă, endoscopică, a cavităţii abdomino-pelviene, cu instrumentar special şi pneumo- peritoneu prealabil.

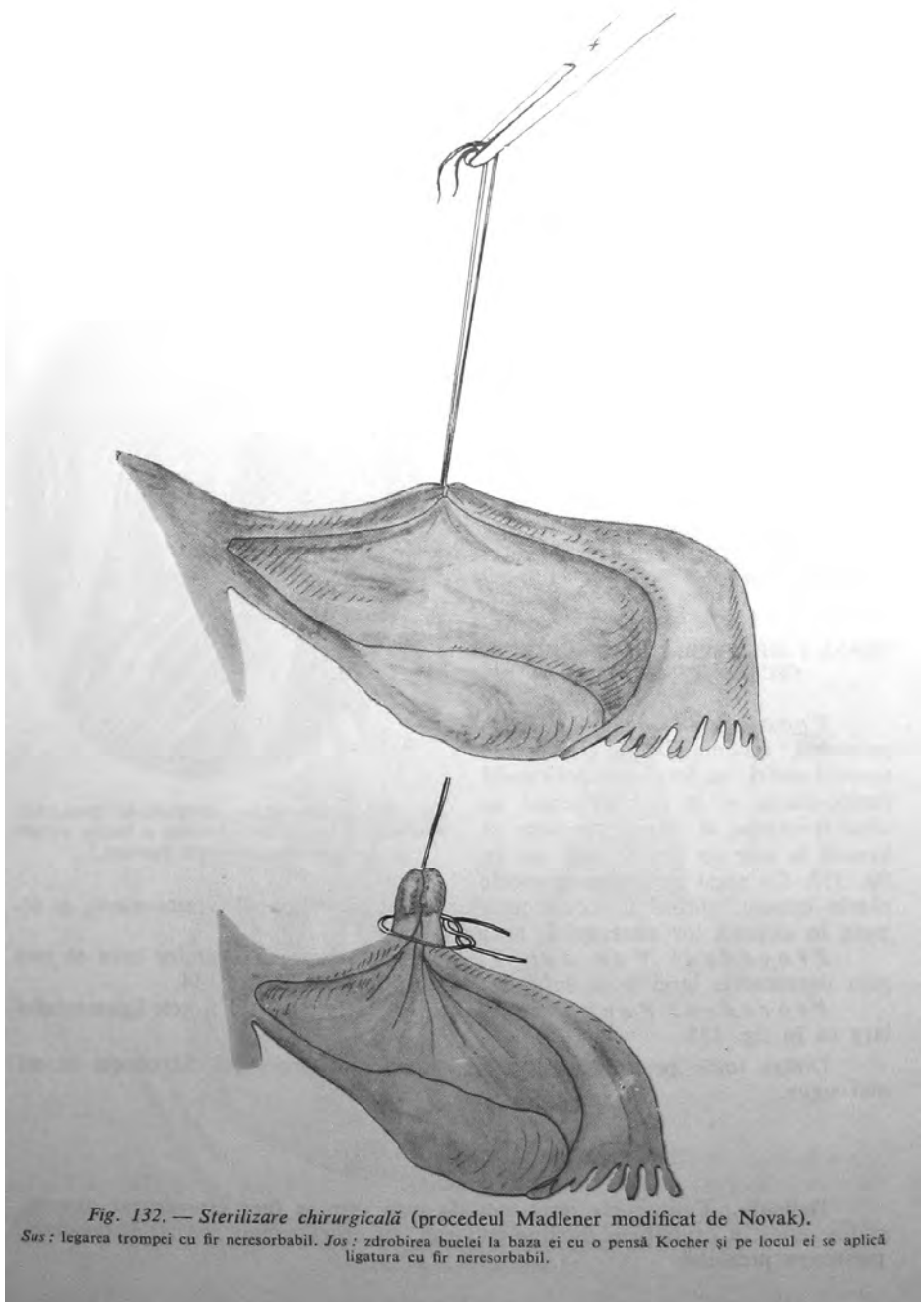


Fig. 132. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Madlener modificat de Novak).
Sus : legarea trompei cu fir neresorbabil. *Jos :* zdrobirea buclei la baza ei cu o pensă Kocher şi pe locul ei se aplică ligatura cu fir neresorbabil.

Principii şi eficienţă. Metoda se bazează pe posibilităţile tehnice, în prezent foarte dezvoltate, de a vedea «în direct» organele genitale interne. După Thoyer-Rozat « celioscopia este singura metodă care, prin precizia informaţiilor furnizate, poate rivaliza cu laparotomia exploratorie». Celioscopia este o metodă de diagnostic fără egal, motiv pentru care s-a împământenit printre mijloacele fundamentale de investigaţie în ginecologie. Progresul tehnic în fabricarea ce- lioscoapelor permite nu numai precizarea rapidă a unui diagnostic dificil, ci şi unele rezolvări terapeutice (secţionarea de aderenţe, puncţionarea unor chisturi ovariene, sterilizarea chirurgicală) cunoscute sub numele de « operaţii intrace- lioscopice ».

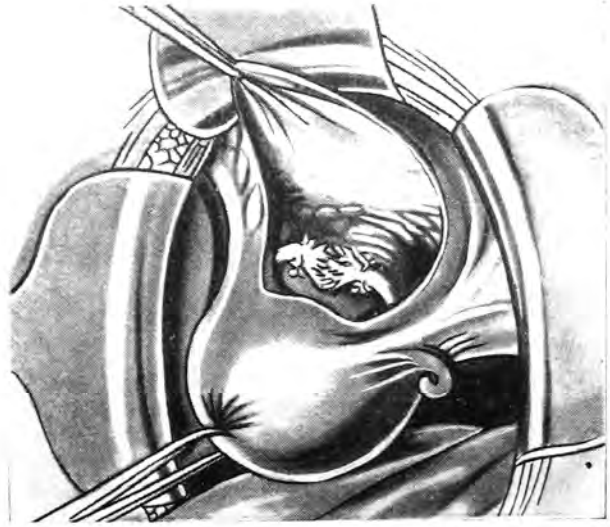


Fig. 133. — Sterilizare chirurgicală temporară (procedeul Alfieri). Trompele sînt trecute prin ligamentul larg dindărăt înainte şi pavilioanele sînt fixate sub peritoneul vezico-uterin.

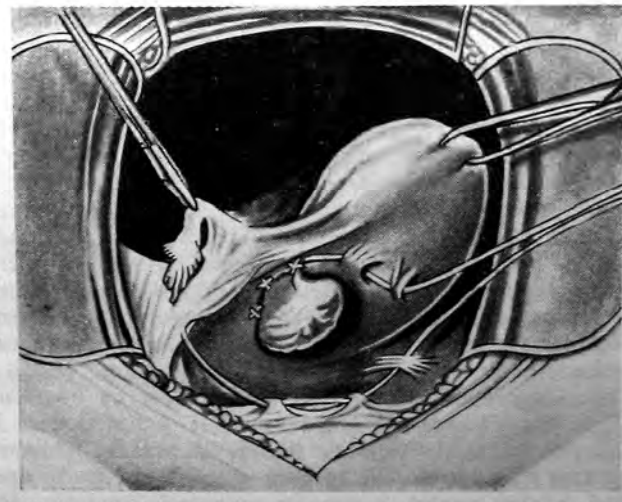


Fig. 134. — Sterilizare chirurgicală temporară (procedeul Van der Velde). Ovarul este trecut prin ligamentul larg dindărăt înainte şi se fixează într-o bursă peritoneală între uter-vezică şi ligamentul rotund respectiv.

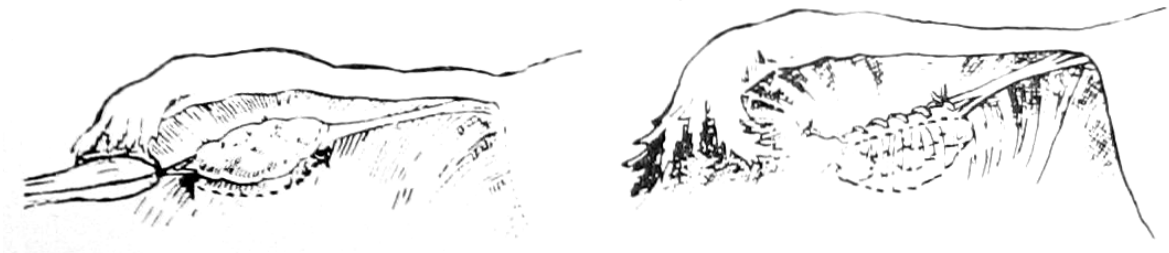


Fig. 135. — Sterilizare chirurgicală temporară (procedeul Pana). Se incizează foiţa posterioară a ligamentului larg: se include ovarul şi se închide breşa cu fire subţiri de aţă.

Avantaje: reduce timpul «observaţiei clinice» şi respectiv zilele de spitalizare; cicatrice la peretele abdominal invizibilă; urmări mai puţin dureroase şi riscuri mai reduse decît după laparotomie; reluarea activităţii după 3—4 zile.

Indicaţii: sarcina ectopică neruptă, endometrioza peritoneală, anexita cronică, sterilitatea tubară, sterilitatea prin anovulaţie şi sterilitatea fără cauză evidentă, algiile pelviene cronice, amenoree primară (sindromul Rokitansky-Kuster- Hauser), spaniomenoree (sindromul Stein-Leventhal) şi unele tumori uterine şi mai ales parauterine.

Contraindicaţii.

— *Generale:* bolile cardio-vasculare, infecţiile bronhopulmonare şi tulburările de coagulare.

— *Locale*: infecţiile cutanate, cicatricele vicioase după laparotomii urmate de drenaj sau după evisceraţii, antecedente de peritonită bacilară, procesele tumora- le mari care depăşesc escavaţia, peritonită acută, ocluzia şi obezitatea.

Sarcina incipientă în evoluţie nu este o contraindicaţie, cu condiţia să nu se introducă histerometrul în cavitatea uterină.

Condiţii de efectuare. Exploatarea metodei impune respectarea cu rigurozitate, a cîtorva condiţii: sală de operaţie echipată, aparatură bine întreţinută, tehnica cunoscută şi bolnava investigată şi pregătită ca înaintea unei laparotomii ginecologice (ECG,

prelucrare verbală, sedative, clisme şi absorbante digestive). Pe aceste considerente, celioscopia este socotită intervenţie chirurgicală şi nu o simplă endoscopie şi este recomandabil să fie executată de un cadru capabil să-şi asume răspunderea unei laparotomii în caz de necesitate.

Sala de operaţie trebuie să fie echipată complet cu aparatura necesară pentru anestezie şi riscurile acesteia (cardioscop) şi să funcţioneze în condiţiile unei perfecte asepsii. Masa de operaţie trebuie să permită înclinarea în Trendelenburg şi aşezarea femeii în poziţie aproape ginecologică (ca în operaţiile ginecologice în două echipe) pentru a permite manevrele vaginale. Instrumentele sînt sterilizate cu vapori de formol.

Anestezie generală prin intubaţie oro-traheală.

Aparatura necesară: laparoscop model Palmer-Jacobs cu lumină rece (fig. 136), care permite şi efectuarea de intervenţii intracelioscopice; aparat pentru realizarea pneumoperitoneului (fig. 137) şi aparat de insuflaţie (Bonnet sau Pangynor) pentru testarea permeabilităţii tubare.

Fig. 136. — Celioscopia. Laparoscop Palmer-Jacobs.

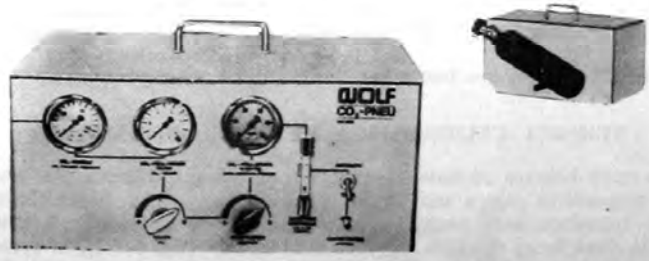


Fig. 137. — Celioscopia. Aparat pentru insuflaţie CO_2 şi pneumoperitoneu, model Semm (fabricat de Wolff).

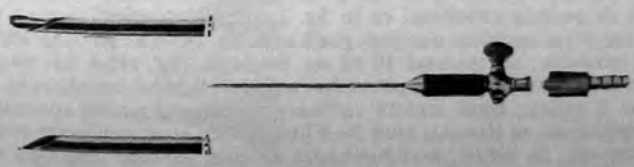


Fig. 138. — Celioscopia. Ac pentru pneumoperitoneu model Semm-Verres.

Instrumente: ac special pentru pneumoperitoneu (fig. 138), instrumente ginecologice (fig. 139), canula Semm (fig. 140) sau canula Selheim (fig. 141) pentru mobilizarea uterului; trocar pentru introducerea instrumentelor de chirurgie (fig. 142), pensă de biopsie, electrozi, foarfece (fig. 143), ac pentru puncţie, pal- pator, pensă pentru electrocoagulare (fig. 144), bisturiu chirurgical, 2 pense Kocher, 2 pense anatomice cu dinţi, seringă de 20 ml, agrafe chirurgicale.

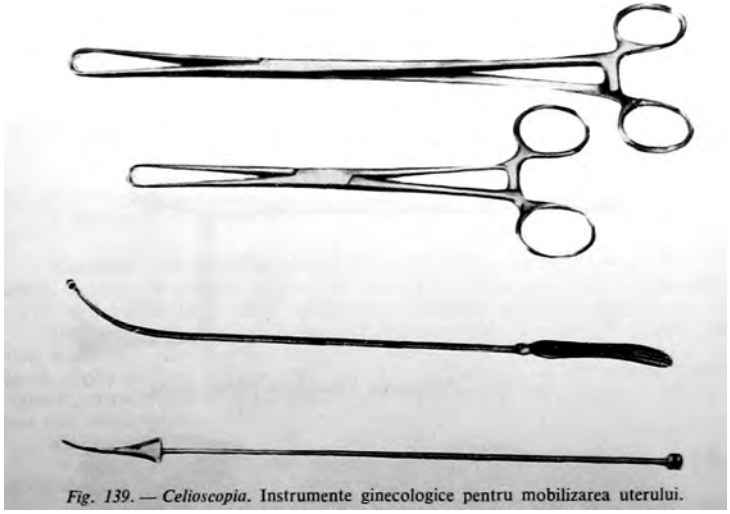


Fig. 139. — Celioscopia. Instrumente ginecologice pentru mobilizarea uterului.

TEHNICA CELIOSCOPICĂ PE CALE ABDOMINALĂ

Se aşază bolnava pe masa de operaţie în poziţie ginecologică şi se montează pe col dispozitivul pentru mobilizarea uterului (Semm sau Bommellaere).

Se introduce acul pentru pneumoperitoneu pe linia axilară anterioară stingă, la două laturi de deget sub rebordul costal (fig. 145-2), la femeile cu peretele gros şi la cele cu laparotomii subombilicale, sau în fosa iliacă stîngă (fig. 145-1) la femeile slabe. Se verifică existenţa acului în peritoneu în modul următor: se ataşează la ac o seringă goală, cu pistonul tras şi cu cealaltă mînă se ridică de peretele abdominal ca în fig. 145-3; vidul creat face ca pistonul să cadă singur; se aspiră cu o seringă goală ca în fig. 145-4 a: nu vine nici lichid, nici gaz mirositor; se injectează 10 ml ser fiziologic (fig. 145-4 b): nu produce umflarea ţesuturilor la locul de pătrundere a acului; lichidul introdus (fig. 145-4c) nu poate fi aspirat. După această verificare se ataşează acul la aparatul pentru pneumoperitoneu, se introduc între 3—5 litri de $C0_2$ şi se urmăreşte vizual creşterea simetrică, de volum, a abdomenului iar prin percuţie dispariţia matităţii hepatice (fig. 145-5). Cu o seringă plină cu 10 ml ser fiziologic, ataşată la un ac pentru injecţii intramusculare se puncţionează pneumoperitoneul pe locul unde se va introduce trocarul, ca în fig. 146, împingînd acul vertical, apoi în direcţii laterale ca în fig. 146-cartuş. Trăgînd cît de puţin de piston, în seringă apar bule de $C0_2$, dacă acul se găseşte în peritoneu liber; în caz contrar înseamnă că sînt aderenţe viscerale sau epiplooice şi se va renunţa la introducerea trocarului.

Fig. 140. — Celioscopie. Canula Semm pentru fixarea colului.

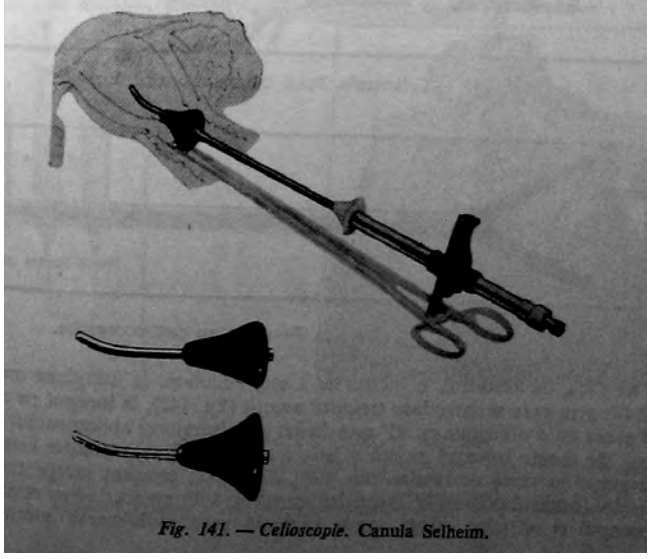


Fig. 141. — Celioscopie. Canula Selheim.

Fig. 142. — Celioscopia. Trocar pentru introducerea instrumentelor chirurgicale.

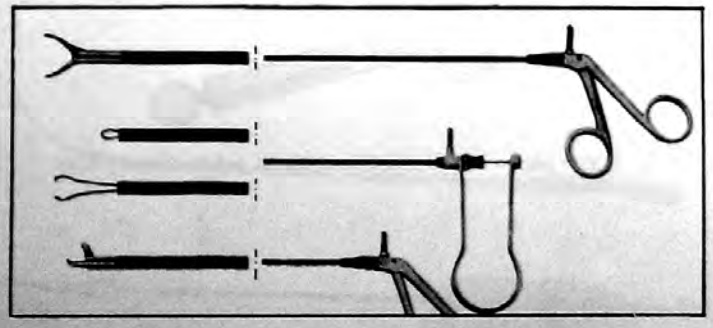


Fig. 143. — Celioscopia. Pensă biopsie, electrozi, foarfece.

Fig. 144. — Celioscopie. Pensă pentru electrocoagulare.

Se face, cu bisturiul, o incizie de 1 cm, circulară, la marginea ombilicului (fig. 147) prin care se introduce trocarul ascuţit (fig. 148), la început pe sub piele, după aceea cu o oblicită te de 45° este dirijat spre interiorul abdomenului (fig. 148 - cartuş). Se scoate trocarul ascuţit şi prin teaca rămasă se introduce instrumentul optic ataşat la sursa de lumină (fig. 149). Din acest moment începe examinarea pelvisului (uşurată de poziţia Trendelenburg) (fig. 150) manevrînd cu mîna dreaptă celioscopul şi cu mîna stîngă sonda vaginală care mobilizează uterul. Pentru mobilizarea anexelor, în special pavilionul trompei şi ovarul, introducem pal - patorul la 3 cm deasupra simfizei pubiene, pe linia mediană, sau prin fosa iliacă dreaptă; introducerea palpatorului se face sub control endoscopic.

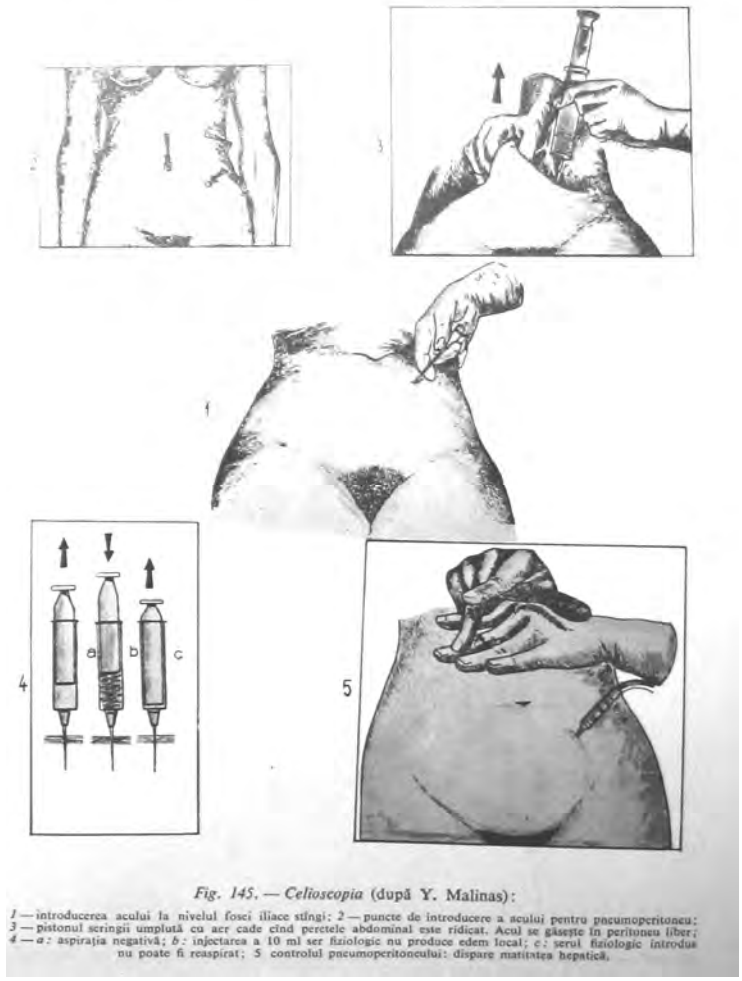


Fig. 145. — Celioscopia (după Y. Malinas):
1 — introducerea acului la nivelul fosei iliace stîngi; *2* — puncte de introducere a acului pentru pneumoperitoneu; *3* — pistonul seringii umplută cu aer cade cînd peretele abdominal este ridicat. Acul se găsește în peritoneu liber; *4* — *a*: aspirația negativă; *b*: injectarea a 10 ml ser fiziologic nu produce edem local; *c*: serul fiziologic introdus nu poate fi reaspirat; *5* controlul pneumoperitoneului: dispare matitatea hepatică.

După terminarea explorării endoscopice, se orizontalizează masa de operaţie şi se extrage dispozitivul optic (fig. 151), lăsînd pe loc teaca trocarului prin care

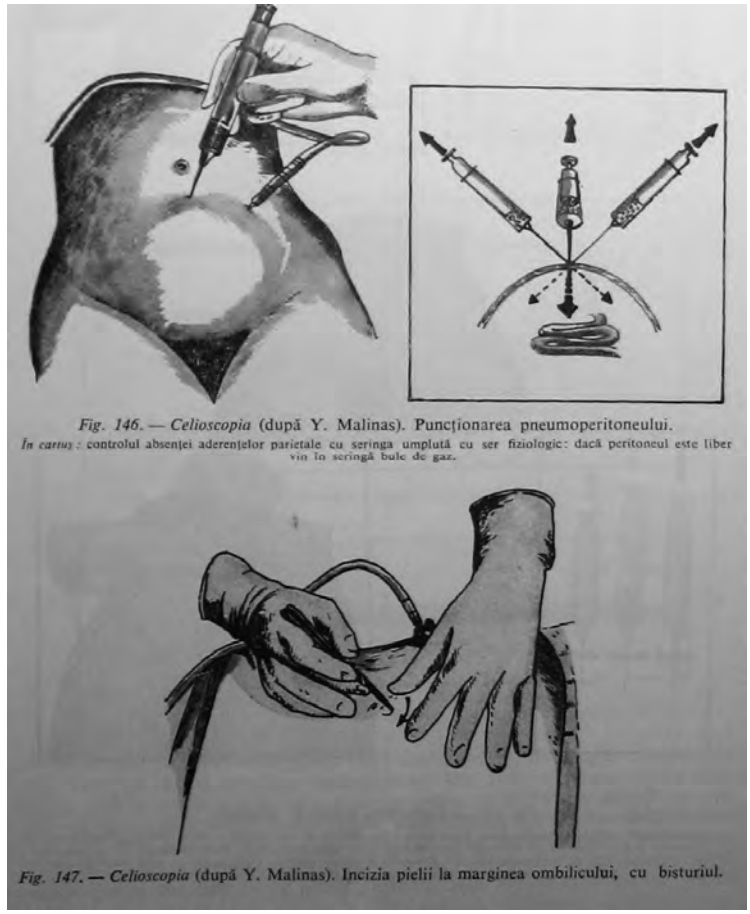


Fig. 146. — Celioscopia (după Y. Malinas). Puncționarea pneumoperitoneului.
În carus: controlul absenței aderențelor parietale cu seringa umplută cu ser fiziologic: dacă peritoneul este liber vin în seringă bule de gaz.

Fig. 147. — Celioscopia (după Y. Malinas). Incizia pielii la marginea ombilicului, cu bisturiul.

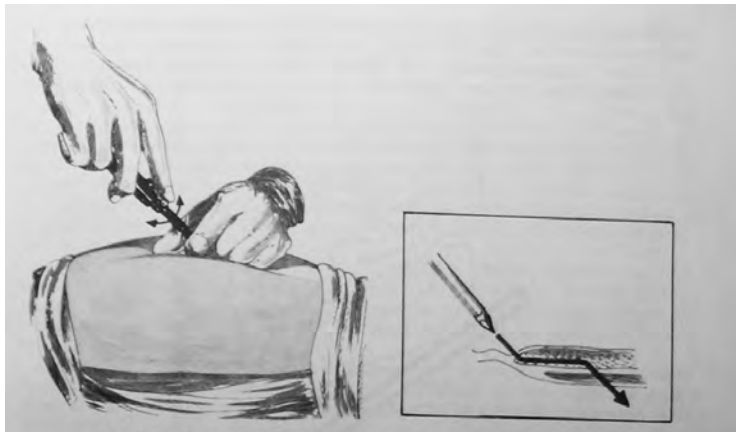


Fig. 148. — Celioscopia (după Y. Malinas). Introducerea trocarului.
În cartuș: modul cum se dirijează trocarul ascuțit.

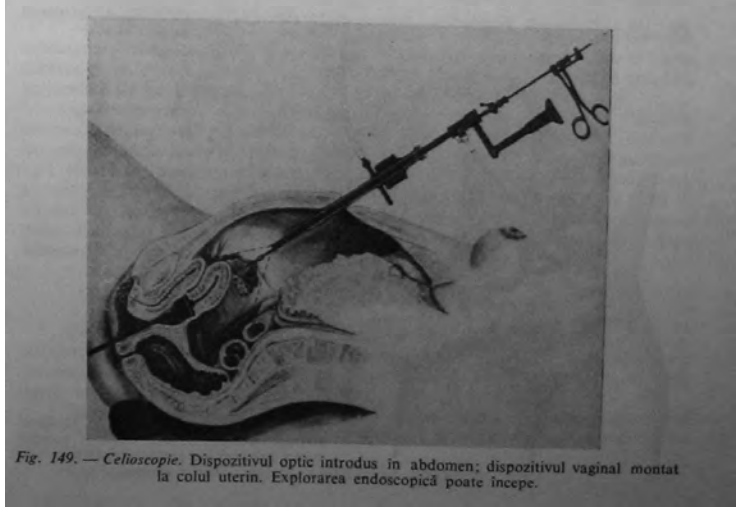


Fig. 149. — Celioscopie. Dispozitivul optic introdus în abdomen; dispozitivul vaginal montat la colul uterin. Explorarea endoscopică poate începe.

se elimină gazul din peritoneu. Comprimînd cu palmele flancurile abdomenului perfectăm eliminarea gazului, după care se extrage şi trocarul.

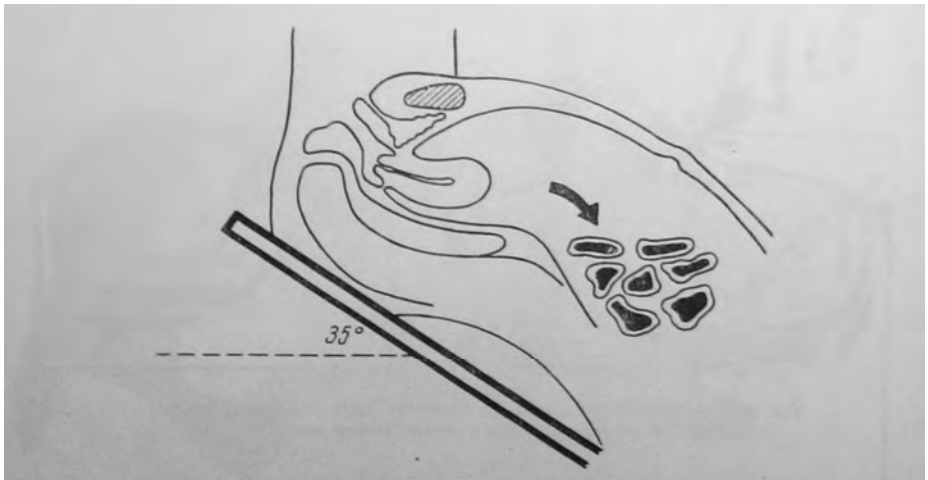


Fig. 150. — Celioscopia. Poziţia Trendelenburg de 35° eliberează pelvisul de ansele intestinale.

Fig. 151. — Celioscopia (după Y. Malinas). Extragerea dispozitivului optic şi comprimarea abdomenului pentru evacuarea gazului din peritoneu.

Incizia cutanată se închide cu o agrafă Michel şi se aplică pansament lipit. Gesturile suplimentare care se fac în timpul celioscopiei sînt: prelevarea de lichid peritoneal pentru examen citologic sau pentru culturi bacteriologice; puncţionarea unor chisturi ovariene (acul se introduce prin celioscopul operator sau se foloseşte palpatorul-ac); se testează permeabilitatea tubară ascendent, fie prin insuflaţie cu aer, fie cu soluţii colorate (albastru de metil sau indigo- carmin); se desfac aderenţele cu palpatorul, se secţionează cu pensa-foarfece sau se electrocoagulează; se electrocoagulează focarele de endometrioză de pe ovar sau de la nivelul ligamentelor utero-sacrate; se prelevează cu pensa de biopsie un fragment din ovar pentru examen histopatologic; se face sterilizare tubară fie prin electrocoagulare cu pensa Wolff (pensa crocodil, fig. 144) şi se secţionează cu pensa-foarfece, fie prin aplicare de clipsuri din material plastic; se extrag corpuri străine (de exemplu sterilet); se recoltează ovocitul în vederea fecunda- ţiei in vitro (Steptoe).

In protocolul operator se trec, în afara datelor tehnice, descrierea cu amănunte asupra stării uterului, trompelor, ovarelor şi peritoneului, precum şi intervenţiile efectuate (biopsie, secţionare de aderenţe etc.) şi rezultatul testului ascendent de permeabilitate tubară. Protocolul se încheie cu concluzii asupra stărilor patologice constatate.

Supravegherea postoperatorie se face ca pentru oricare bolnavă operată. O pungă cu gheaţă pe abdomen este utilă în primele 24 de ore. Agrafa se scoate după 48 ore şi externarea se poate face în a 3-a zi, cu condiţia ca bolnava să fie afebrilă şi cu tranzitul intestinal normal.

Incidente:

— *generale*: cianoză facială din cauza poziţiei Trendelenburg şi tulburări de ritm cardiac (bradicardie) cu hipotensiune pot apărea în timpul cît se execută pneumoperitoneul;

— *locale*: înţeparea unei vene sau arteriole cu acul de insuflaţie, emfizem subcutanat, intraparietal sau subperitoneal; înţeparea arterei epigastrice la introducerea palpatorului, înţeparea sigmoidului, hemoragie la nivelul inciziei cutanate periombilicale şi hematom la perete după scoaterea trocarului.

Accidente grave: stop cardiac, hemoragii abdominale, perforaţii digestive, emfizem mediastinal, pneumotorax şi pelviperitonită. Stopul cardiac poate fi dat de: embolia gazoasă, poziţia Trendelenburg, hiperpresiunea intraabdomi- nală creată de pneumoperitoneu, hipercapnia determinată de gazul carbonic, întoarcerea bruscă la poziţia orizontală din poziţia Trendelenburg la care se adaugă şi depleţiunea după evacuarea pneumoperitoneului. Hemoperitoneul poate fi produs de: rănirea aortei, venei cave, venei iliace primitive sau după biopsia de ovar, sterilizarea tubară prin electrocoagulare şi secţiune.

CELIOSCOPIA TRANSVAGINALĂ

Celioscopia pe cale vaginală poartă numele de culdoscopie (Decker) şi se execută fără pneumoperitoneu. Poziţia genupectorală în care este aşezată femeia creează presiune negativă în abdomen ceea ce face ca după scoaterea trocarului, aerul să pătrundă liber în peritoneu.

Palmer a modificat această tehnică menţinînd femeia în poziţie ginecologică şi introducînd în peritoneu 2 litri de gaz carbonic prin acelaşi dispozitiv prin care introduce optica celioscopului.

Celioscopul folosit poartă numele de *culdoscop*.

Trocarul se introduce prin fundul de sac posterior al vaginului la 15 mm îndărătul colului. O valvă vaginală bine plasată pe peretele posterior, o pensă Pozzi aplicată pe buza posterioară a colului şi înclinarea mesei în Trendelenburg des- tind fundul de sac şi uşurează alegerea locului unde se înfige trocarul. Trocarul se introduce în direcţia centrului bazinului. După scoaterea trocarului şi realizarea pneumoperitoneului se introduce dispozitivul optic cu vedere laterală de 60° sau 90°. Concomitent se introduce în uter canula de insuflaţie care serveşte atît la modificarea poziţiei uterului, cît şi la efectuarea testului de permeabilitate tubară ascendentă. După terminarea explorării pelvisului, uterului şi anexelor, se scot optica şi canula trocarului. Dacă locul de perforare a vaginului sînge- reză, se aplică un punct de sutură cu catgut, dacă nu, se lasă o meşă pudrată cu xeroform în fundul de sac vaginal.

Accidente posibile: rănirea rectului şi emfizem subperitoneal.

OPERAŢII PLASTICE ŞI RESTAURATOARE PE TROMPĂ

Chirurgia conservatoare pe trompă s-a dezvoltat foarte mult în prima jumătate a acestui secol. In ultimele două decenii microchirurgia aduce un aport deosebit la execuţia tehnicilor clasice, ameliorînd substanţial rezultatele. Acest tip de chirurgie se adresează trompelor obstruate şi are ca scop restabilirea permeabilităţii acestora, de unde şi numele lor de operaţii plastice şi restauratoare.

Tehnicile chirurgicale folosite în acest scop se bazează numai pe principii anatomice, respectiv mecanice (reconstituirea lumenului iubar), neputînd rezolva concomitent şi deficienţa factorilor funcţionali (kinetici şi secretori), de care depinde procesul complicat al fecundaţiei.

In afară de aceasta, execuţia diferitelor tehnici operatorii este minuţioasă, cere îndemînare, multă răbdare şi condiţii speciale de sală de operaţie, de instrumentar şi materiale de sutură. De aceea, este recomandabil ca chirurgia reparatoare tubară să se facă în centre anume dotate, de chirurgi antrenaţi în operaţii delicate şi bine sudaţi în munca de echipă. Respectarea acestor condiţii de lucru a dus progresiv la ameliorarea rezultatelor obţinute. în plus, astăzi, se pun mari speranţe în posibilităţile microchirurgiei.

îmbunătăţirea rezultatelor, totuşi modeste în prezent, nu ţin numai de tehnicitatea operatorului şi de condiţiile în care lucrează, ci în mod esenţial de indicaţiile operatorii, ştiut fiind că nu orice obstrucţie tubară se pretează chirurgiei restauratoare şi că reobstruările postoperatorii sînt frecvente, după indiferent care procedeu tehnic folosit. Din aceste motive, intervenţia operatorie se hotărăşte numai la capătul unui bilanţ complet de investigaţii, care să stabilească nu numai caracterul anatomic şi etiologic al obstrucţiei, ci să depisteze şi alţi factori asociaţi în sterilitatea cuplului. Metodele noi de investigaţie, mult perfecţionate (insu- flaţia kimografică, histerosalpingografia şi celioscopia) permit astăzi, mai bine, judecarea actului chirurgical în perspectivă.

Operaţiile restauratoare tubare putînd fi urmate de insuccese funcţionale, femeia căreia i se indică intervenţia chirurgicală trebuie să fie foarte bine lămurită în legătură cu rata şanselor la care se poate spera, în raport cu tipul operaţiei propuse. Acordul femeii este necesar. Este bine să i se lase timp de reflectare înainte de a lua hotărîrea fermă pentru operaţie.

Frecvenţa obstrucţiilor lubare este în creştere datorită numărului mare de avorturi şi chirurgia poate rezolva favorabil o bună parte dintre aceste cazuri, oferind cuplului steril bucuria de a avea un copil.

înainte de a descrie modalităţile tehnice, chirurgicale, de rezolvare, vom insista asupra indicaţiilor şi condiţiilor de realizare, socotind aceste două aspecte de cea mai mare importanţă în reuşita acestor operaţii. Multe din femeile în cauză solicită insistent operaţia, oferindu-se cu curaj încercării ultimei şanse! Această atitudine este justificată pe plan psihologic, de complexul de inferioritate generat de neputinţa de a procrea, şi pe plan social, de neputinţa de a-şi consolida familia. Rezultatele descurajante ale chirurgiei restauratoare (succese limitate şi riscul mare al sarcinilor ectopice) pun adeseori în cumpănă poziţia chirurgului. Decizia pe care o va lua, cîntărind bine şansele şi riscurile posibile, va înclina chiar cînd şansele sînt foarte mici, spre satisfacerea dorinţei femeii, pe considerentul că orice operaţie care asigură o şansă cît de mică este justificată, ea înlocuind disperarea cu speranţa liniştitoare.

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

Diferitele procedee chirurgicale care se folosesc în prezent se bazează pe principii strict anatomice, rămînînd nesoluţionaţi factorii fiziologici (musculari, epiteliali şi ciliari) de care depinde procesul de captare a ovulului, de migrare a spermatozoidului şi de vehiculare a oului. Din această cauză eficienţa lor este limitată. Dacă luăm în consideraţie şi factorii de sterilitate asociaţi obstrucţiei tubare, şi faptul că rezolvarea obstrucţiei nu înseamnă că ea nu se poate reproduce, precum şi faptul că trompa operată nu devine niciodată absolut normală, se înţelege de ce această chirurgie este socotită încă descurajantă.

INDICAŢII

Procedeele chirurgicale restauratoare sînt indicate în sterilitatea de origine tubară determinată de obstrucţii, stenoze sau/şi aderenţe peri-tubo-ovariene.

Indicaţia operatorie se formulează numai după ce insuflaţia, histerosal- pingografia şi celioscopia dovedesc existenţa unui obstacol permanent la nivelul trompelor. Graţie acestor metode de investigaţie, care precizează sediul şi întinderea leziunilor, planul

şi tipul operaţiei pot fi concepute înainte de intervenţie şi în raport cu acestea, se pot evalua şansele de reuşită. Alteori alegerea procedeului se face numai după deschiderea abdomenului şi inventarierea leziunilor existente.

Ca atare, în raport cu sediul şi natura leziunii, nu orice obstrucţie tubară justifică operaţia şi nu toate intervenţiile chirurgicale plastice, care reuşesc să redea trompei permeabilitatea pierdută, au şanse egale în vindecarea sterilităţii!

Factorii de decizie, medicali, preoperatori, se stabilesc din sintetizarea datelor furnizate de: interogatoriul amănunţit, examenul clinic metodic, calitatea spermei, cercetarea ascensiunii spermatozoizilor în căile genitale, eliminarea infecţiilor latente, explorările radiologice şi celioscopia, care precizează sediul şi întinderea procesului patologic tubar.

Ca atare se indică operaţia la acele cazuri la care:

— obstacolul tubar este permanent şi apare ca singura cauză a sterilităţii;

— obstacolul se găseşte la una din cele două extremităţi ale conductului tubar» făcînd posibilă fie realizarea unei salpingostomii ampulare, fie implantarea trompei în uter. Operaţiile care se adresează obstrucţiilor situate în porţiunea istmică a trompei (rezecţii urmate de anastomoză), în procesele vechi inflamatorii, dau cel mai mare procent de eşecuri prin stenozarea şi reobliterarea segmentului operat (excepţie fac anastomozele termino-terminale reversibile, care se fac în obstrucţiile istmice după sterilizarea chirurgicală);

— obstacolul se datoreşte unor factori patologici extrinseci: aderenţe, tumori uterine sau ovariene benigne (fibrom, chisturi), modificări în statica uterului (retroversofiexia fixată).

Ţinîndu-se seama de aceste recomandări, cazurile susceptibile de a fi tratate chirurgical şi bineînţeles cu şanse, sînt mult mai rare.

CONTRAINDICAŢII

Orice puseu inflamator genital contraindică şi amînă cu cel puţin şase luni operaţiile restauratoare pe trompe.

Se exclud cazurile cu tuberculoză genitală şi de asemenea cazurile la care celioscopia arată trompe scurte, groase şi scleroase pe toată lungimea lor.

CONDIŢII DE EFECTUARE

Aşa cum am mai spus, această chirurgie specială, care cere multă răbdare şi mare delicateţe în gesturi, necesită respectarea unor condiţii pe care le vom rezuma în 10 puncte (decalog):

1. *Chirurg specializat*, echipă operatorie bine formată, instrumentar adecvat şi sală de operaţie echipată cu bisturiu electric, aspirator, aparat de insuflaţie Bonnet, ace şi materiale de sutură fine pe considerentele că « chirurgia reparatoare tubară nu se improvizează » şi că « plastia tubară efectuată la întîmplare riscă să fie un eşec»' (Palmer).

Ca instrumentar, în afară de cel folosit la celiotomia ginecologică, este nevoie în plus de: foarfece mici (curbe şi drepte) ca pentru iridectomie, pense de disecţie fine (cu dinţi şi fără), pense Moschito drepte şi curbe (pentru hemo- stază), stilet butonat din argint, pensă Magendie pentru fixat uterul, sondă N61aton nr. 10, sondă Foley, tuburi din material plastic, subţiri, recipient pentru ser fiziologic călduţ, ace fine atraumatice, cu fire de nylon subţiri pentru suturi şi catgut 0000 pentru hemostază, pară de cauciuc pentru spălare cu ser fiziologic, soluţie de indigo-carmin $3°/_{00}$ penicilinizată, o seringă de 10 ml, canula cu tub prelungitor a aparatului de aspiraţie, electrodul aparatului de electrochirurgie şi aparatul de insuflaţie cu aplicatoare de col model Semm (din plastic) sau tip Bommellaere (din sticlă) pentru testarea ascendentă a permeabilităţii tubare.

2. *Selecţionarea cazurilor* după datele adunate în dosarul clinic în urma efectuării tuturor investigaţiilor.

Nu se operează cazurile cu tuberculoză genitală confirmată, cele cu sechele inflamatorii foarte vechi, cele care au vîrsta trecută de 35 de ani (plastiile nu reuşesc după această vîrstă, fie din cauza vechimii leziunii, cu modificări structurale ireversibile, fie din cauza proceselor endometriozice asociate, fie din cauza slabei reactivităţi regenerative a ţesutului tubar din cauze hormonale). De asemenea nu se operează cazurile cu procese inflamatorii anexiale incomplet stinse.

Fără îndoială că la selecţionarea cazurilor, histerosalpingografia şi celio- scopia au cuvînt hotărîtor. Dacă ne orientăm numai după imaginile oferite de histerosalpingografie, cele mai promiţătoare imagini sînt acelea în care trompa apare ca un fir regulat, fără porţiuni îngustate sau dilatate şi cu ampula ca o panglică; imaginile de hidrosalpinx reprezintă un grup mai puţin favorabil; trompele filiforme şi fără pliuri, ca şi cele cu contur neregulat, cu stenoze, dilataţii şi diverticuli cavernulari sînt cele mai defavorabile imagini radiologice. Celioscopia oferă date precise asupra morfologiei trompei şi ovarului, a aderenţelor şi a leziunilor asociate, mai ales în obstrucţiile situate la nivelul coarnelor, situaţie în care examenul radiologie nu poate da nici o informaţie în legătură cu starea trompelor dincolo de obstacolul existent. în timpul celioscopiei se poate face şi o testare ascendentă a permeabilităţii tubare cu albastru de metilen.

Hotărîrea unei operaţii restauratoare trebuie să-şi aibă justificarea nu numai în existenţa obstrucţiei, ci şi în faptul că aceasta reprezintă singura explicaţie a sterilităţii.

3. *Momentul operaţiei:* în prima săptămînă după terminarea menstruaţiei.

4. *Anestezie prin intubaţie orotraheală* justificată de lungimea operaţiei (2—3 ore). Pregătirea preoperatorie este cea obişnuită pentru orice laparotomie ginecologică. Unii autori (Palmer) încep corticoterapia din preziua operaţiei.

5. *Tactica operatorie* are trei timpi principali: deschiderea peretelui abdominal, pregătirea pelvisului şi inventarierea leziunilor, alegerea tipului de intervenţie.

Laparotomia Pfannenstiel oferă o deschidere suficientă a pelvisului şi este recomandabilă şi pentru caracterul ei estetic.

Pregătirea pelvisului se face plasînd un depărtător autostatic la pereţi, după care se ridică ansele intestinale în abdomen şi se blochează cu cîteva cîmpuri moi din tifon, îmbibate în ser fiziologic cald. Se înclină masa de operaţie în Trendelenburg cu 10—20 grade. Se aplică un fir de catgut în X median, pe faţa anterioară a uterului, spre fund, armat cu o pensă Pean, pentru tracţiune. Inventarierea leziunilor: aderenţele se desfac la vedere, cu foarfecele sau cu bisturiul electric. Bridele se secţionează la capetele lor. Hemostaza, dacă este necesară, se face cu ligaturi fine (catgut subţire) sau cu electrodul de coagulare, pe pense subţiri. Niciodată nu se desfac aderenţele cu degetele, prin smulgere. Primul care se eliberează din adereţe este ovarul. Se trece apoi, un fir de catgut prin

polul inferior al acestuia, armat pe pensă, pentru tracţiune. Trăgîndu-se de aceste două fire, cel de pe uter şi cel de pe ovar, se expune trompa, care poate fi examinată la vedere şi prin palpare. Trompa se examinează în întregime începînd cu pavilionul şi terminînd cu istmul şi coarnele uterului. Anexa degajată este suspendată în cîmpul operator cu un cîmp moale introdus în excavaţia pelvisului.

6. *Alegerea tipului de operaţie* se face numai după eliberarea organelor genitale din aderenţe şi inventarierea exactă a leziunilor.

7. *Testarea intraoperatorie a permeabilităţii tubare.* Aceasta nu este indispensabilă dacă avem o bună imagine radiologică recentă sau testarea s-a făcut cu ocazia celioscopiei. (Placa radiologică se expune pe negatoscopul din sala de operaţie, la vederea chirurgului.)

— Testarea descendentă. Se foloseşte fie stiletul butonat, fie injectarea de soluţii sau de aer.

Cateterismul metalic, cu stiletul butonat, se face numai în leziunile pavilionului şi este de preferat să se evite ori de cîte ori este posibil, fiind traumatizant pentru mucoasa endotubară şi expune la crearea de căi false. Cateterismul se poate face şi cu o sondă moale.

Introducerea de soluţii sau de aer se face cu seringa prin intermediul unei sonde Nâlaton sau a unui tub din acrilat moale, introduse şi menţinute cu degetele la nivelul pavilionului (fig. 152) sau fixate cu o ligatură provizorie de catgut ca în fig. 152-cartuş. Soluţia folosită este ser fiziologic penicinilizat simplu sau colorat cu cîteva picături de albastru de metilen. Soluţia introdusă sau aerul se opresc la nivelul obstrucţiei şi segmentul de trompă permeabil se destinde în urma presiunii reab'zate.

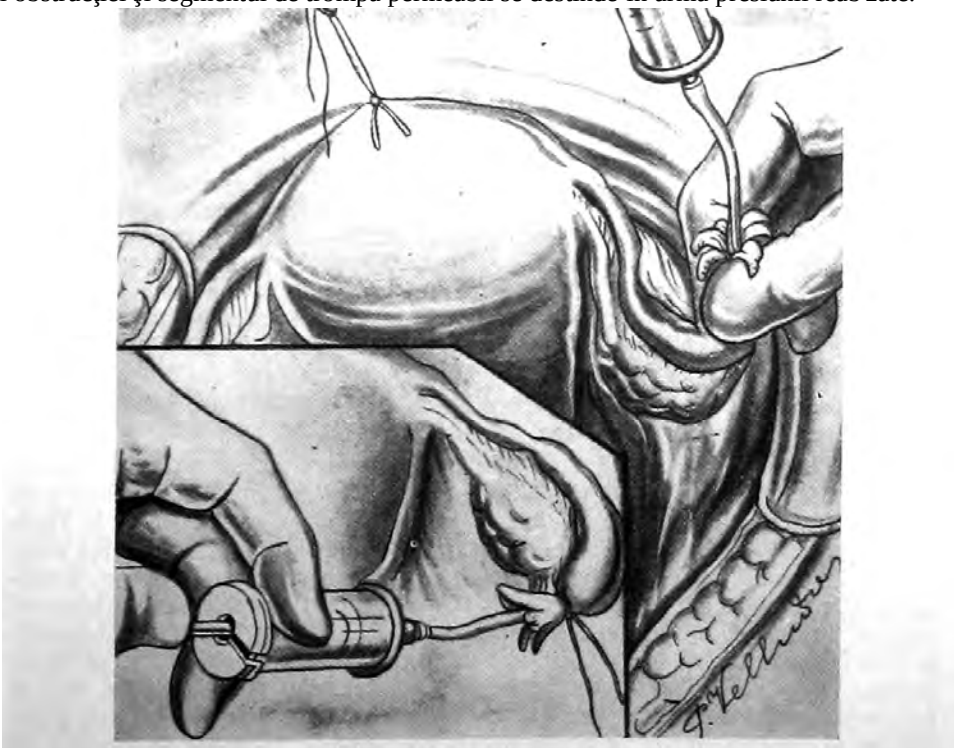


Fig. 152. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Procedeu de explorare descendentă a permeabilităţii tubare. Introducerea cateterului şi obstruarea pavilionului cu degetele. *În cartuş:* ligatura provizorie cu catgut (firul nu se strînge tare).

Aerul se poate introduce cu seringa la fel ca pentru soluţii. Se poate folosi şi aparatul Bonnet cu care se insuflează CO_a (debit 30 ml pe minut şi 150 mmHg presiune).

— Testarea ascendentă. Se aplică, înainte de operaţie, dispozitivul de col Semm (de preferat), sau canula Bommelladre prin care se pot introduce soluţiile colorate. Această modalitate de testare se foloseşte mai puţin (risc de infecţii şi canula din uter împiedică manevrarea acestuia în timpul operaţiei). De aceea se preferă:

-Testarea sau hidrotubaţia retrogradă. Pentru aceasta este nevoie de o pensă specială, tip Magendie (fig. 153) sau Newel-Shirodkar (fig. 154), de o seringă şi de un ac pentru injecţii intramusculare. Se aplică pensa în T la nivelul istmului şi cu acul introdus în cavitatea uterină prin peretele mus cular, se introduce cu presiune soluţia pregătită. Dacă obstacolul este proximal, trompa nu se destinde; dacă obstacolul este distal, umflarea ampulei permite găsirea locului ostiumului abdominal. Cu acest procedeu se poate testa permeabilitatea fiecărei trompe, separat ca în fig. 154.

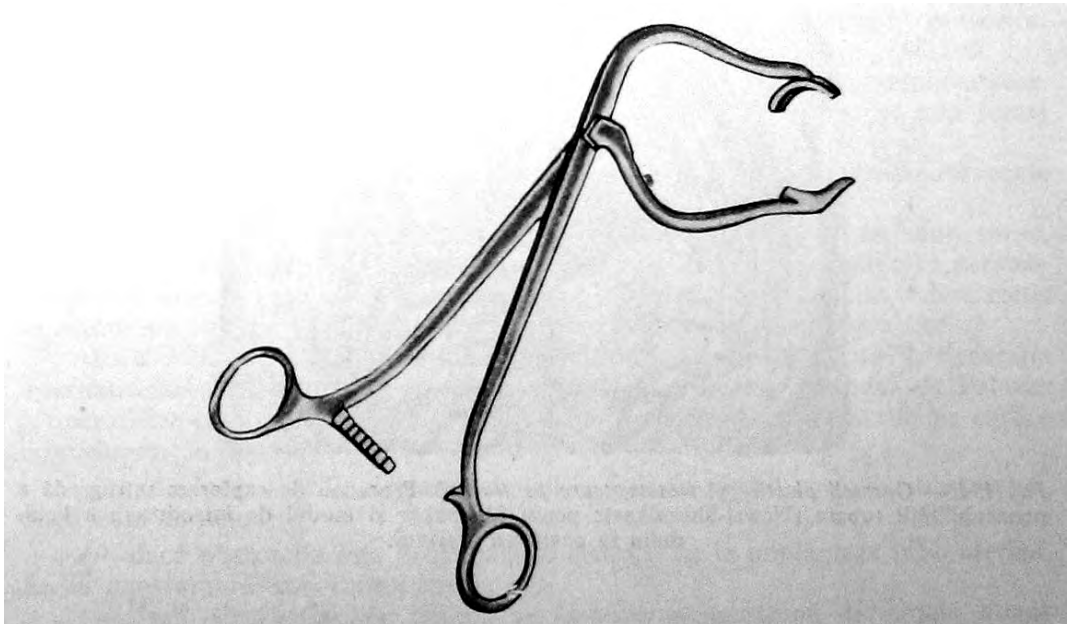


Fig. 153. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Pensă specială pentru comprimarea istmului (model Magendie).

în general este prudent să se facă cît mai puţine explorări intraoperatorii privind permeabilitatea tubară: hidrotubaţia descendentă numai cînd trebuie să fixăm locul secţiunii în reinplantare şi hidrotubaţia retrogradă în stomiile terminale şi în anastomozele reversibile pentru a verifica porţiunea istmo- interstiţială.

8. *Traumatism cît mai redus*, hemostază perfectă, peritonizare atentă şi cît mai puţine puncte de sutură.

— Traumatism cît mai redus în manipularea trompei, ovarului şi mezou- rilor. Respectarea arcadelor vasculare (vezi fig. 110) şi a inervaţiei (fig. 155) este de primă importanţă pentru reuşita operaţiilor restauratoare.

Trompa nu se apucă cu instrumente dure şi nu se abuzează cu manevrele de cateterism. Din acest motiv s-a renunţat la implantările tubare pe tutore de polietilenă, lăsat cîteva luni după operaţie. Pentru îndepărtarea sîngelui se folosesc numai comprese ude, jet cu ser fiziologic şi spălarea pelvisului cu cantităţi apreciabile de ser fiziologic cald (la sfîrşitul operaţiei). Canula de aspiraţie se plasează în Douglas de la începutul intervenţiei plastice, aspirînd continuu lichidul de spălare. Compresele uscate şi talcul de pe mănuşi irită seroasa peritoneală, producînd aderenţe postoperatorii (se evită cu mare grijă).

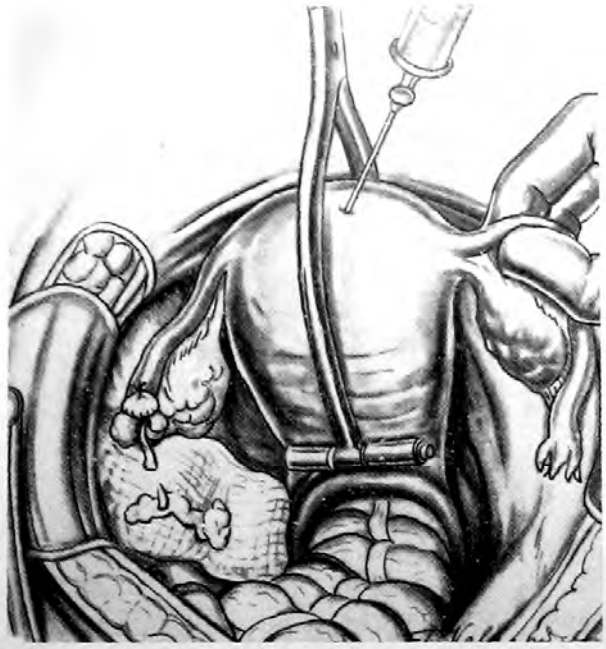


Fig. 154. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Procedeu de explorare retrogradă a permeabilităţii tubare (Newel-Shirodkar): pensa Shirodkar şi modul de introducere a lichidului în cavitatea uterului.

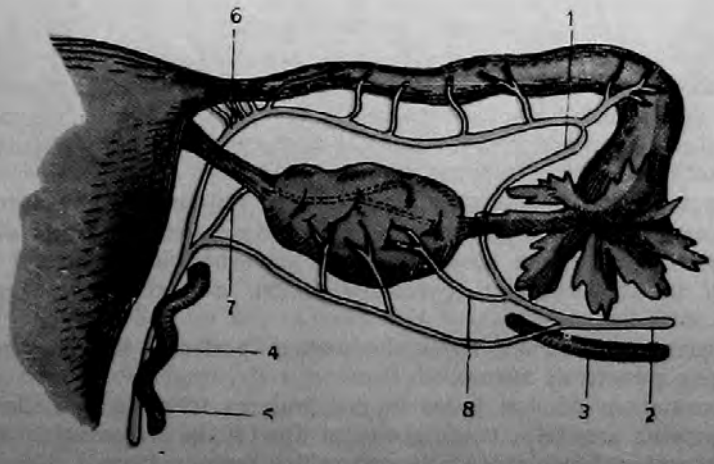


Fig. 155. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Inervaţia anexei.
1 — ramura tubară; *2* — nerv utero-ovarian; *3* — arteră utero-ovariană; *4* — nerv lateral al uterului; *5* — artera uterină; *6* — ramura tubară a nervului lateral al uterului; *7* — ramura ovariană a nervului lateral al uterului; *8* — ramura ovariană a nervului utero-ovarian (după P. Kamina).

— Hemostaza se face cu minuţiozitate fiindcă micile hemoragii postoperatorii produc aderenţe. Se foloseşte bisturiul electric pentru hemostază.

— Peritonizarea se face cu multă grijă. Dacă peritoneul existent nu permite, se acoperă spaţiile deperitonizate cu lambouri prelevate din spaţiul prevezical (grefe libere de peritoneu)[9] sau după procedeul Musset (vezi fig. 158 bis).

— Cît mai puţine puncte de sutură fiindcă produc reacţii granulomatoase.

9. *Examenul histopatologic* al fragmentului de trompă rezecat este foarte util pentru stabilirea prognosticului.

10. *Alegerea tehnicii*, operaţii complementare şi măsuri medicamentoase care să împiedice refacerea aderenţelor.

Alegerea tehnicii se decide după degajarea completă a ambelor anexe, examinarea vizuală şi prin palparea ambelor trompe, testarea (eventual) a permeabilităţii şi identificarea proceselor patologice asociate. Din punct de vedere tactic se începe cu trompa care se pretează cel mai bine unei operaţii plastice.

La al VlII-lea Congres mondial de fertilitate, Buenos-Aires, 1974, Federaţia internaţională de fertilitate şi sterilitate a admis clasificarea [10] propusă de Palmer, a operaţiilor ce se adresează factorilor tubo-peritoneali de sterilitate, pe care o reproducem în fig. 156.

După Seneze J. (73), alegerea tehnicii se face, în raport cu sediul obstrucţiei, după cum urmează:

— dacă obstrucţia este proximală se recurge fie la implantare tubo-uterină, fie la anastomoză tubo-interstiţială;

[9] Cercetări experimentale făcute dc Ciucă Traian şi comunicate la Congresul francez de ginecologie, Toulouse, 1973, demonstrează eficacitatea acestor grefe libere de peritoneu.

10 pentru evaluarea corectă a rezultatelor sîntem de părere ca ovaroliza, salpingoliza şi codonoliza să formeze un grup aparte, ele nefiind operaţii plastice.

— dacă obstrucţia este distală se face fie o neostomie terminală (dacă pavilionul şi ampula sînt modificate) cu păstrarea cît mai mult a porţiunii ampulare;

— dacă obstrucţia este istmică se procedează, fie la anastomoză tubo- tubară, fie la implantare ampulo-uterină sau anastomoză ampulo-interstiţială dacă porţiunea proximală este patologic modificată;

— dacă obstrucţia este proximală şi distală se poate încerca o neostomie terminală cu implantare tubo-uterină (operafie restauratoare dublă) cu foarte puţine şanse de reuşită. în această situaţie se cercetează trompa opusă şi dacă aceasta este sănătoasă şi se pretează mai bine la o operaţie plastică unică, se preferă scoaterea trompei (salpingectomie) cu obstrucţii la ambele capete.

Operaţii complementare. După terminarea operaţiilor restauratoare pe trompe se măresc şansele de reuşită recurgîndu-se la următoarele intervenţii complementare:

— pe ovare: deschiderea chisturilor mici cu vîrful bisturiului; enuclearea chistului cu conţinut şocolatiu; ovaropexie (fig. 157) şi ovaro-salpingorafie (se prinde un franjure la ovar) (fig. 158);

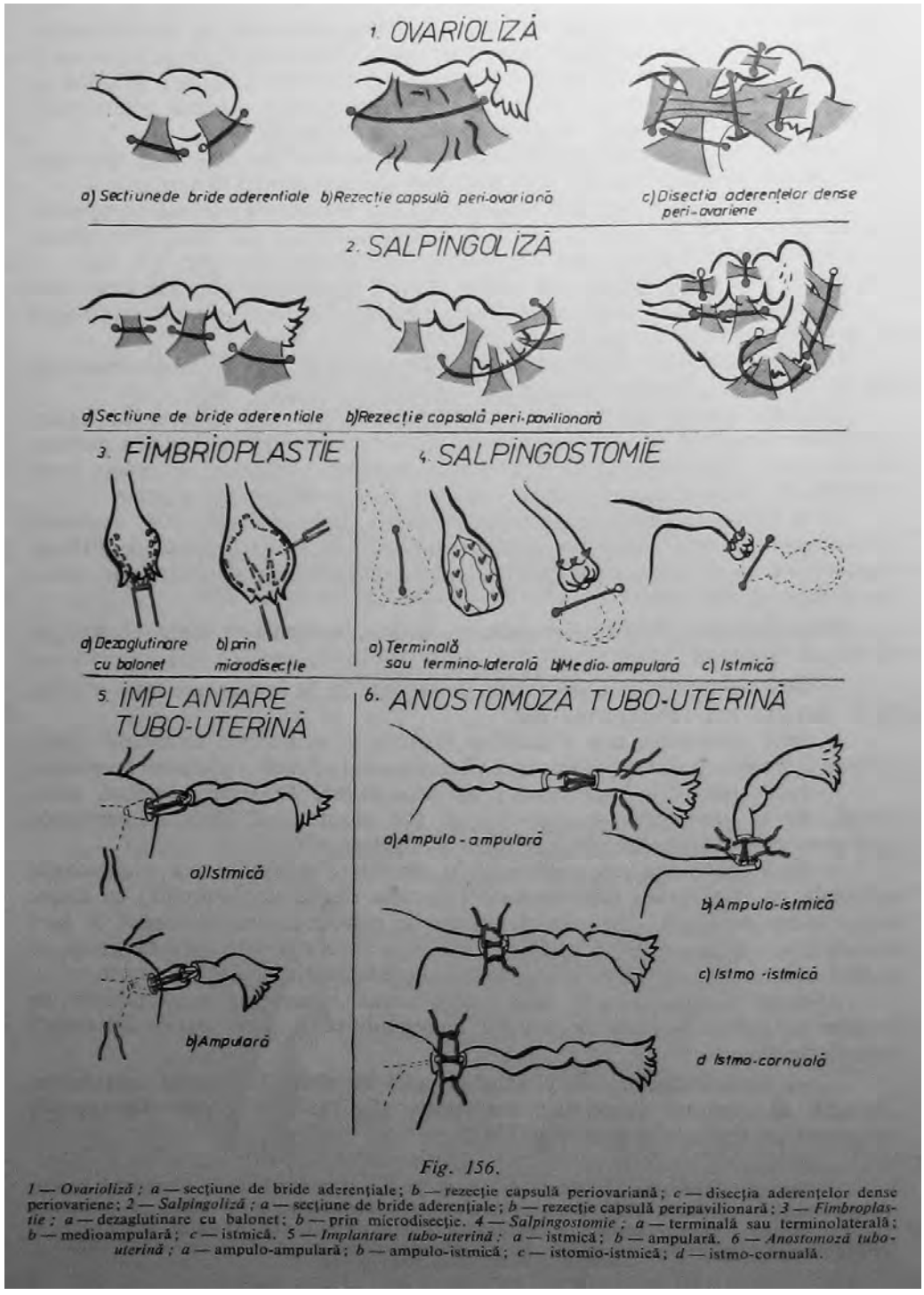


Fig. 156.

1 — Ovariolizã ; a — secţiune de bride aderenţiale; *b* — rezecţie capsulă periovariană; *c* — disecţia aderenţelor dense periovariene; *2 — Salpingolizã ; a* — secţiune de bride aderenţiale; *b* — rezecţie capsulă peripavilionară; *3 — Fimbroplastie ; a* — dezaglutinare cu balonet; *b* — prin microdisecţie. *4 — Salpingostomie ; a* — terminală sau terminolaterală; *b* — medioampulară; *c* — istmică. *5 — Implantare tubo-uterinã ; a* — istmică; *b* — ampulară. *6 — Anostomozã tubo-uterinã ; a* — ampulo-ampulară; *b* — ampulo-istmică; *c* — istomio-istmică; *d* — istmo-cornuală.

Fig. 157. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Ovaropexie (după Palmer). Se fixează polul superior al ovarului cu fir de catgut nr. 1, la peritoneul strîmtorii superioare, în afara vaselor iliace.

Fig. 158. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Neostomie terminală, procedeul Palmer. Sutura unui franjure la ovar.

— pe epiploon: se rezecă parţial epiploonul (Ehrler) la cazurile cu aderenţe foarte întinse;

— pe peritoneu: peritonizare cît mai îngrijită (la nevoie cu grefe libere de peritoneu) sau după procedeul Musset (fig. 158 bis);

— pe uter: ligamentopexie Dudley sau Pellanda; vezicofixare Logotheto- poulos pe toată suprafaţa anterioară a uterului, de la un ligament rotund la altul, cu fire separate; vezico-fixare procedeu Werth-Halban, ca în fig. 159; fibromul subseros se extirpă (miomectomie);

— pe apendice: apendicectomie, dacă acesta este patologic.

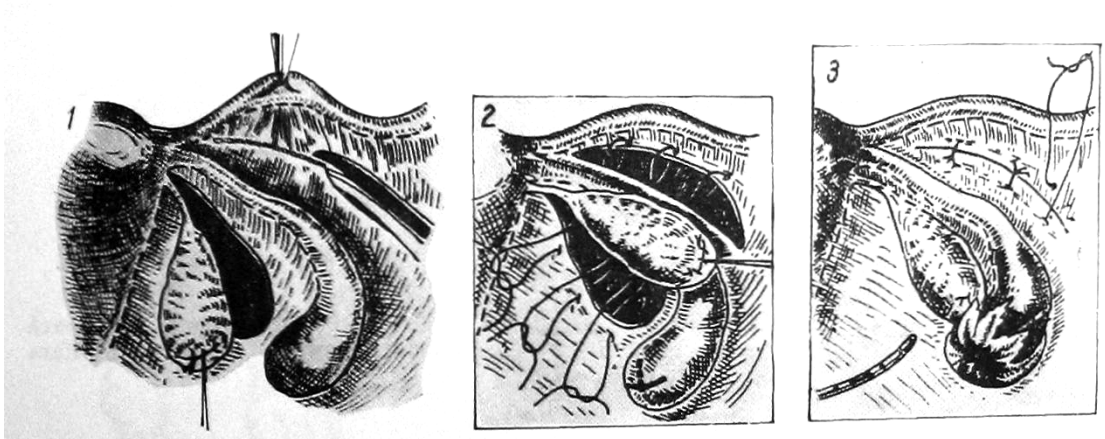


Fig. 158 bis. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Procedeul Musset de peritonizare: *1* — Zona deperitonizată pe faţa posterioară a ligamentului larg şi felul cum se secţionează faţa anterioară a mezosalpinxului care permite să se creeze cu degetul sau cu foarfecele curb un tunel pe sub trompă; *2* — felul cum se trec şi se înnoadă firele de catgut pe sub trompă; *3* — felul cum se închide breşa făcută la nivelul foiţei anterioare a mezosalpinxului (după G. Sénèze).

Măsuri medicamentoase şi mecanice care să împiedice refacerea aderenţelor. După terminarea operaţiei plastice şi după spălarea cu ser fiziologic a pelvisului, înainte de a se trece la închiderea abdomenului, care se face întotdeauna fără drenaj, se stropeşte partea operată a trompei şi cu amboul seringii se introduce în trompă soluţie de acetat de hidrocortizon -f- penicilină dizolvată, 800 000 unităţi. Unii autori creează o microascită, lăsînd în peritoneu 250 ml de Dextran (soluţie macromoleculară). După operaţie se administrează timp de 5 zile, strep- tomicină + penicilină, parenteral şi corticoterapie (Prednison), 6 tablete pe zi în prima săptămînă şi 3 tablete pe zi în următoarele trei săptămîni, *per os.* După neostomii şi niciodată după implantări, se face în a treia zi de la operaţie, perfuzie utero-tubară cu 10 ml soluţie de hidrocortizon, 125 mg + penicilină (dizolvată în ser fiziologic). După prima zi de la operaţie se recomandă bolnavei să-şi schimbe des poziţia în pat (evită aderenţele) şi gimnastică a picioarelor (bicicletă) pentru evitarea stazei sanguine.

Ca procedee mecanice menţionăm dispozitivul Cognat, din scurasil, capuşonul din polietilenă Mulligan şi membrană amniotică conservată la rece Ten Berge.

TEHNICI OPERATORII

a) Salpingoliza şi codonoliza. Majoritatea obstrucţiilor tubare sînt consecinţa inflamaţiilor vechi pelvi-peritoneale şi procesele aderenţiale periviscerale se întîlnesc frecvent în operaţiile ce se fac pentru sterilitate. Cu mici excepţii, intervenţiile de acest gen încep mai totdeauna cu desfacerea aderenţelor.

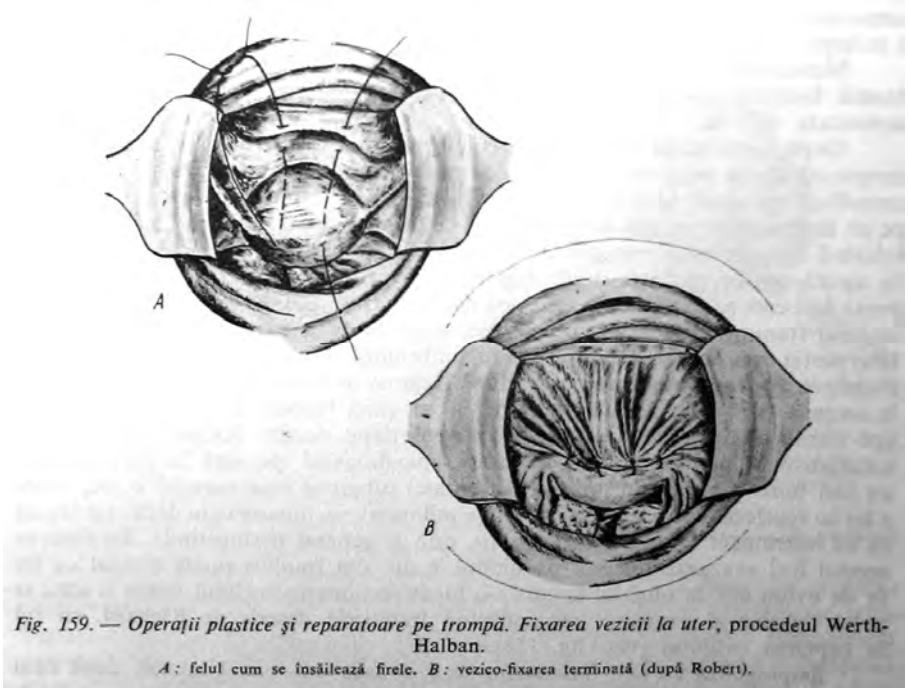


Fig. 159. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Fixarea vezicii la uter, procedeul Werth-Halban.
A: felul cum se însăilează firele. *B:* vezico-fixarea terminată (după Robert).

Eliberarea trompei din aderenţe şi desfacerea franjurilor pavilionului se numeşte salpingoliză. De fapt, este vorba de anexoliză, procesul aderenţial cuprinzînd, deseori, deopotrivă, trompa şi ovarul respectiv.

Aderenţele pot fi simple bride fibroase, care deformează traiectul trompei, sau ca o pînză de păianjen, care învăluie pavilionul şi ovarul. Anexa este prolabată spre Douglas şi aderentă la pereţii pelvisului, la uter şi la intestin. Sterilitatea se datoreşte fie

impermeabilităţii trompei (turtită, îndoită sau răsucită de aderenţe), fie aglutinării franjurilor (fimoză), fie retroversiei aderente a uterului, care deformează traiectul oviductului, fie absenţei ovulaţiei în peritoneu, din cauza găoacei de aderenţe în care stă ovarul.

Suprimarea aderenţelor perisalpingiene, reconstituirea pavilionului fimozat şi restaurarea poziţiei uterului, restabilesc funcţiile de captare şi de tranzit ale trompei, prin înlăturarea factorilor extrinseci de compresiune şi prin repunerea trompei în situaţia ei anatomică normală. Pentru desfacerea ovarului din aderenţe, vezi ovaroliza, pag. 125.

Expunerea trompei şi a zonei aderente se face prin tracţiune concomitentă pe uter şi pe ovar. Dacă uterul este fixat în Douglas, se începe cu desfacerea aderenţelor şi luxarea acestuia.

Desfacerea aderenţelor perisalpingiene se face chirurgical, cu foarfecele sau cu bisturiul electric, la vedere şi niciodată prin rupere cu mîna. Mersul disecţiei este dindărăt înainte, de jos în sus şi dinăuntru în afară, cu două griji importante: hemostaza perfectă şi lezare minimă a seroasei peritoneale, în special cea a trompei.

Momentul cel mai delicat al salpingolizei este desfacerea aderenţelor care fixează franjurii pavilionului de ovar, fiindcă secţionarea lor este sîngerîndă şi hemostaza dificilă.

După secţionarea tuturor aderenţelor şi liberarea completă a anexei, se cercetează starea pavilionului. Franjurii pot fi aglutinaţi, retractaţi şi invaginaţi, camuflînd ostiumul abdominal (fimoză). Căutarea orificiului este un moment pe cît de însemnat, pe atît de delicat. Ea se face cu stiletul butonat, sau mai bine folosind hidrotubaţia retrogradă cu soluţie colorată cu albastru de metilen. Se apucă pavilionul între două degete şi se introduce prin orificiul fimozei, o pensă fină care se deschide în cele două diametre (fig. 160). Pe măsură ce se lărgeşte orificiul franjurii se dezaglutinează, individualizîndu-se mai mult sau mai puţin. Intervenţia se numeşte codonoliză sau fimbrioliză şi idealul este să se facă fără sîngerare. Pentru a realiza aceasta, după lărgirea orificiului cu pensa, introducem în ampula trompei o sondă Foley nr. 10 al cărei balonaş îl umflăm cu puţină apă sterilă. Trăgînd de sondă în afară, balonaşul destins desface franjurii fără traumatism. Uneori, după reconstituirea pavilionului, persistă la baza fimozei un inel fibros format din îngroşarea seroasei tubare şi care necesită o secţionare a lui cu foarfecele pe o lungime de cîţiva milimetri, secţionare care dacă este făcută cu un instrument fin şi cu mare atenţie, este în general nesîngerîndă. Suprimarea acestui inel evazează imediat pavilionul. Unul din franjuri poate fi fixat cu un fir de nylon 4/0, la unghiul la care s-a făcut secţionarea inelului fibros şi altul la polul inferior al ovarului, reconstituind franjurele descris de Richard, cu rol în captarea ovulului (vezi fig. 158).

Salpingoliza cu sau fără codonoliză se face uni- sau bilateral, după cum este cazul.

Salpingoliza şi codonoliză sînt urmate de cel mai mare procentaj de sarcini dintre toate intervenţiile care se fac în tratamentul sterilităţii tubare. Reuşita operaţiei depinde de integritatea pereţilor trompei şi de blîndeţea cu care se execută anexoliza şi în special fimbrioliză.

b) Reimplantarea trompei fn uter. Rezecarea porţiunii interne a trompei şi aducerea capătului distal în cavitatea uterului, prin pereţii acestuia, poartă numele de reimplantare.

Reimplantarea tubo-uterină este indicată în obstrucţiile şi stenozele interne (istmo-interstiţiale), ampula şi pavilionul fiind normale.

în raport cu nivelul la care se face incizia trompei există două variante de tehnică: reimplantare istmo-uterină şi reimplantare ampulo-uterină.

Locul de reimplantare este diferit: prin cornul uterului (Palmer) după excizia cuneiformă a porţiunii interstiţiale sau prin peretele posterior al acestuia (Bourg).

Deschiderea cavităţii uterului se face, fie prin crearea unui tunel în peretele muscular (excizie), fie prin simplă incizie cu bisturiul şi lărgirea acesteia cu pensa chirurgicală. în reimplantarea tubară bilaterală se incizează fundul uterului de la un corn la akul.

Reimplantarea tubo-uterină se poate face pe o sondă din polietilenă, care se scoate pe cale vaginală (Shirodkar) sau pe cale abdominală (Cognat) după ce a trecut faza de cicatrizare a suturilor.

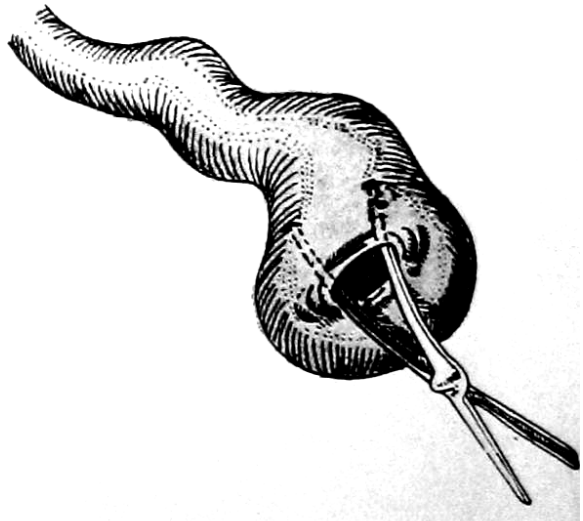


Fig. 160. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Codonoliză. Lărgirea orificiului fimozat şi dezaglutinarea franjurilor cu pensa prin deschiderea acesteia.

Ca material de sutură se folosesc: fire de nylon pentru implantarea trompei, catgut pentru sutura miometrului.

Reimplantarea istmo-uterină la\ nivelul cornului (Palmer):

1. Celiotomie prin incizie Pfannenstiel, explorarea pelvisului şi exteriorizarea anexei.

2. Se precizează sediul obstrucţiei prin testare descendentă a permeabilităţii (fig. 152).

3. Se aplică o pensă Kocher la limita externă a zonei de obstrucţie şi se detaşează prin incizie transversală capătul proximal al trompei. Hemostază imediată a vaselor mici care sîngerează din mezou.

4. Se ridică partea internă a trompei cu o pensă Kocher şi se secţionează mezosalpinxul pînă Ia peretele uterului. Se face hemostaza vaselor hrănitoare ca în fig. 161.

5. Se excizează porţiunea interstiţială a trompei şi se deschide cavitatea uterină prin tunelizarea miometrului. Pentru aceasta, cu un bisturiu cu lama îngustă, se circumscrie baza trompei (fig. 161). O incizie frontală a miometrului uşurează mersul exciziei cuneiforme. Se continuă excizia circulară a porţiunii interstiţiale trăgîndu-se de capătul trompei prin intermediul pensei Kocher. Porţiunea excizată are aspectul unui cilindru de grosimea unui creion subţire. Pe locul acestei porţiuni rămîne un tunel care merge pînă în cavitatea uterului.

6. Se confecţionează două urechiuşe la capătul proximal al trompei prin incizii longitudinale de cîte 5 mm fiecare. Pentru a se înlesni efectuarea lor, inciziile se fac cu bisturiul pe o sondă Nâlaton introdusă în lumen. Prin fiecare urechi uşă se trece un fir suficient de lung din nylon 4/0, folosindu-se ace atrau- matice. Fiecare fir se înnoadă la mijlocul lui păstrîndu-se ambele capete.

7. Introducerea capătului proximal al trompei preparate, în cavitatea uterului, se face astfel: se încarcă un ac Hagedorn curb şi robust, cu unul din capetele firului de nylon trecut prin urechiuşa posterioară şi, în timp ce cu o pensă Kocher se deschide cornul uterului pînă se vede endometrul, se introduce acul dinăuntru în afară, prin tunelul miometrial, cavitatea uterului şi peretele posterior al acestuia (fig. 162). In acelaşi mod se aduce şi al doilea capăt al firului, la 5 mm mai sus sau mai jos de primul. La fel se procedează şi cu capetele firului plasat pe urechiuşa anterioară, cu deosebire că acestea se scot prin peretele anterior al cavităţii uterului. Singura grijă în executarea acestui timp operator este să nu se încrucişeze capetele firului anterior cu cele ale firului posterior.

Executată cu un ac Reverdin (fig. 163), manevra de tragere a firelor este mai simplă. Acul străpunge peretele anterior, apoi pe cel posterior, din afară înăuntru şi trecînd prin cavitatea uterului, încarcă capetele firelor la gura exterioară a tunelului miometrial.

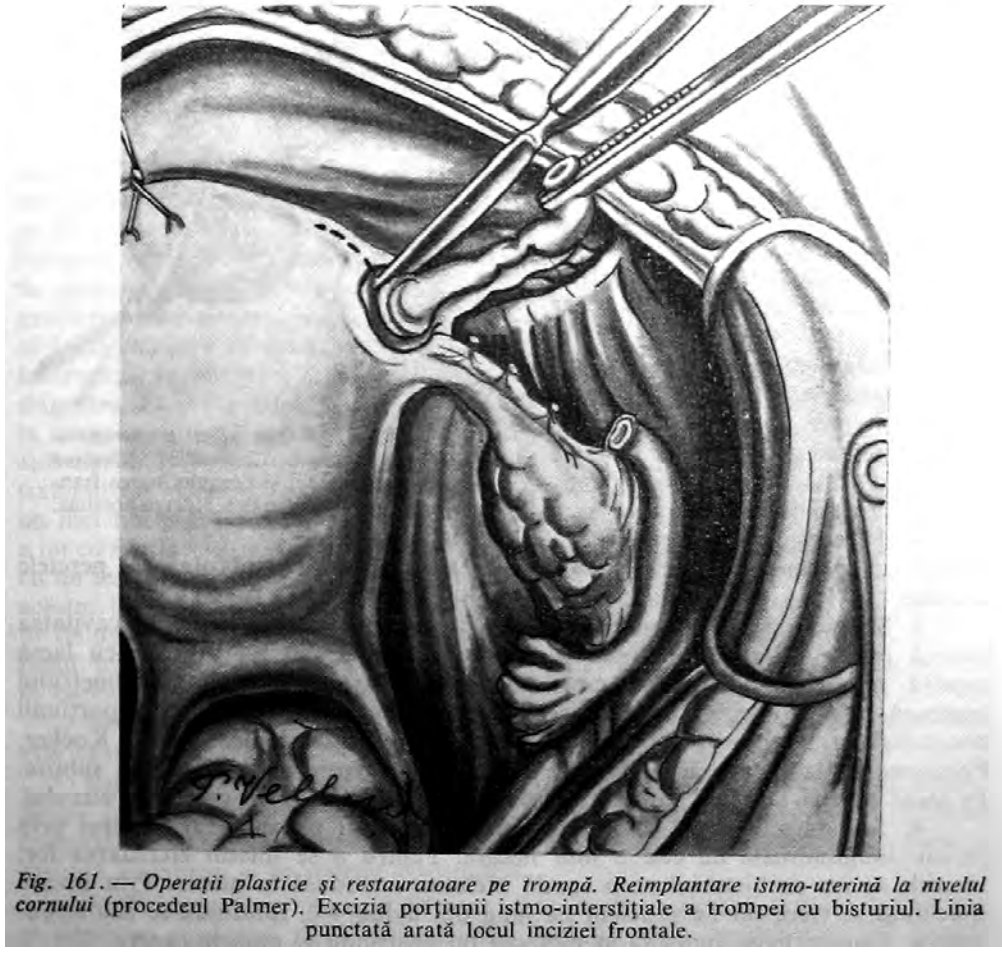


Fig. 161. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină la nivelul cornului (procedeul Palmer). Excizia porţiunii istmo-interstiţiale a trompei cu bisturiul. Linia punctată arată locul inciziei frontale.

După ce s-au trecut firele prin pereţii uterului, operatorul trage succesiv de capetele lor, în timp ce ajutorul înlesneşte ca bontul trompei să pătrundă prin tunelul cornului în uter. Firele de nylon care au servit la tracţiune se înnoadă, fiecare la suprafaţa uterului, ca orice fir trecut în U. Cu 2—3 fire de catgut se suturează miometrul, reconstituindu-se cornul uterin (fig. 164). Punctele de sutură se aplică de aşa manieră ca să nu se stranguleze trompa implantată. Se verifică hemostaza mezoulu».

8. Se închide abdomenul fără drenaj. Antibiotice intra- şi postoperator.

Reimplantare istmo-uterină prin peretele posterior al uterului (procedeul Bourg). Se rezecă porţiunea obstruată a trompei, razant cu uterul ca în fig. 165 sau prin excizie cuneiformă a cornului ca în fig. 161. Se prepară capătul trompei confecţionîndu-se două urechiuşe, încărcate fiecare cu cîte un fir de nylon. Se face o incizie pe faţa posterioară a uterului paramediană şi cît mai spre fund (fig. 165) pentru ca trompa să fie reimplantată într-o situaţie apropiată de cea normală, incizie care deschide şi cavitatea (fig. 166). Introducerea trompei şi refacerea peretelui uterin se fac folosind aceleaşi gesturi chirurgicale ca la tehnica reimplantării la nivelul cornului uterin (fig. 167 şi 168).

Fig. 162. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină (procedeul Palmer). Modul cum se trec firele care aduc și fixează capătul trompei în cavitatea uterină.

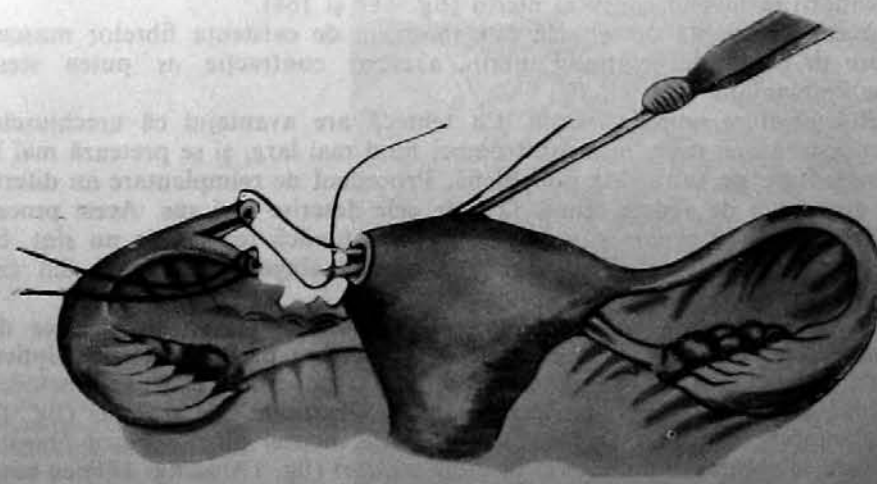


Fig. 163. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină (procedeul Palmer). Modul cum se încarcă firele folosind acul Reverdin.

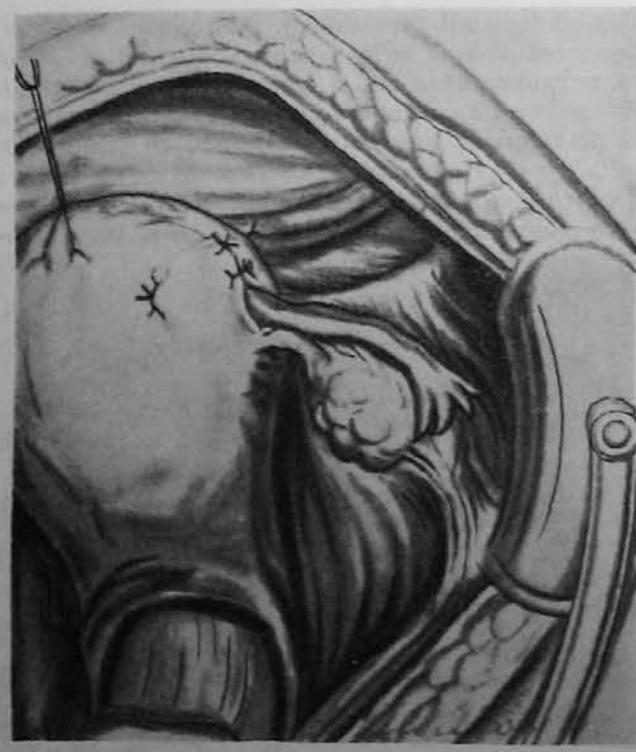


Fig. 164. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină (procedeul Palmer). Operația terminată.

Această variantă de tehnică este motivată de existenţa fibrelor musculare circulare de la nivelul cornului uterin, a căror contracţie ar putea stenoza trompa implantată.

Reimplantare ampulo-uterină. Ca tehnică are avantajul că urechiuşele se confecţionează mai uşor, lumenul trompei fiind mai larg, şi se pretează mai bine la reimplantare pe tutore de polietilenă. Procedeul de reimplantare nu diferă cu nimic din punct de vedere tehnic faţă de cele descrise mai sus. Acest procedeu se aplică numai la nevoie şi nu de principiu, fiindcă rezultatele nu sînt bune (expune la migrarea rapidă a oului şi la pasajul sîngelui menstrual din cauza incontinenţei utero-tubare).

Reimplantare tubo-uterină bilaterală. Prepararea trompelor se face după tehnica descrisă. Cavitatea uterului se deschide larg printr-o excizie eliptică Ia nivelul fundului, de la un corn la altul. Felia musculară extirpată include, la cele două extremităţi, segmentele interstiţiale, obstruate. ale trompei (fig. 169). Reimplantarea trompelor se face la unghiurile inciziei după tehnica obişnuită, după care se suturează miometrul în două straturi (fig. 170 şi fig. 171) cu catgut.

Reimplantarea tubo-uterină pe tutore de polietilenă (procedeu Sîrbu). Pentru aceasta se folosesc tuburi din polietilenă, cu diametrul exterior de 1,2—1,7 mm (tuburile mai groase produc atrofia mucoasei tubare prin compresiune). Tuburile pot fi radioopace, cu posibilitatea controlului radiologie după operaţie. Sterilizarea tuburilor se face prin fierbere.

Fig. 166. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină pe faţa posterioară a uterului (procedeul Bourg). Modul cum se introduce capătul trompei în uter şi cum se leagă firele de nylon care au servit la tracţiune.

Fig. 167. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină pe fața posterioară a uterului (procedeul Bourg). Capătul trompei introdus în cavitatea uterului și modalitatea de sutură a miometrului.

***Fig. 168. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină pe fața posterioară a uterului* (procedeul Bourg). Operația terminată.**

După ce se rezecă prin excizie cuneiformă porțiunea obstruată și se prepară capătul proximal ca în tehnica Palmer, se intubează segmentul tubar, care urmează să fie reimplantat cu un tub de polietilenă. Pentru aceasta se fixează tubul la capătul unui stilet butonat prin intermediul căruia este tras prin lumenul trompei (fig. 172). Cu același stilet butonat, grație maleabilității lui, se cateteri- zează cavitatea uterului și canalul cervical, pe cale retrogradă (fig. 173) pînă cînd capătul stiletului depășește orificiul extern

al colului. Un ajutor apucă stiletul cu o pensă şi îl trage afară din vagin. Acesta trage după el capătul inferior al tubului de polietilenă, care se fixează temporar la faţa internă a coapsei, cu o bandă adezivă.

Fig. 169. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Reimplantare tubo-uterină bilaterală. Deschiderea cavităţii uterine prin excizie eliptică la nivelul fundului. Trompele preparate se aduc la comisurile exciziei.

În continuare se reimplantează trompa după procedeul obişnuit. Capătul superior al tubului se fixează la seroasa pavilionului cu un fir de catgut subţire, iar capătul inferior, la buza colului uterin, cu un fir de nylon (fig. 174). cu ajutorul unei andrele de croşetat. Mulligan scoate capătul uterin al tubului prin peretele anterior al uterului şi printr-o contraincizie îl exteriorizează la peretele abdominal. Cognat foloseşte proteza din scurasil ca în fig. 175, mai ales cînd la trompa reimplantată s-a făcut concomitent şi neosalpingostomie terminală.

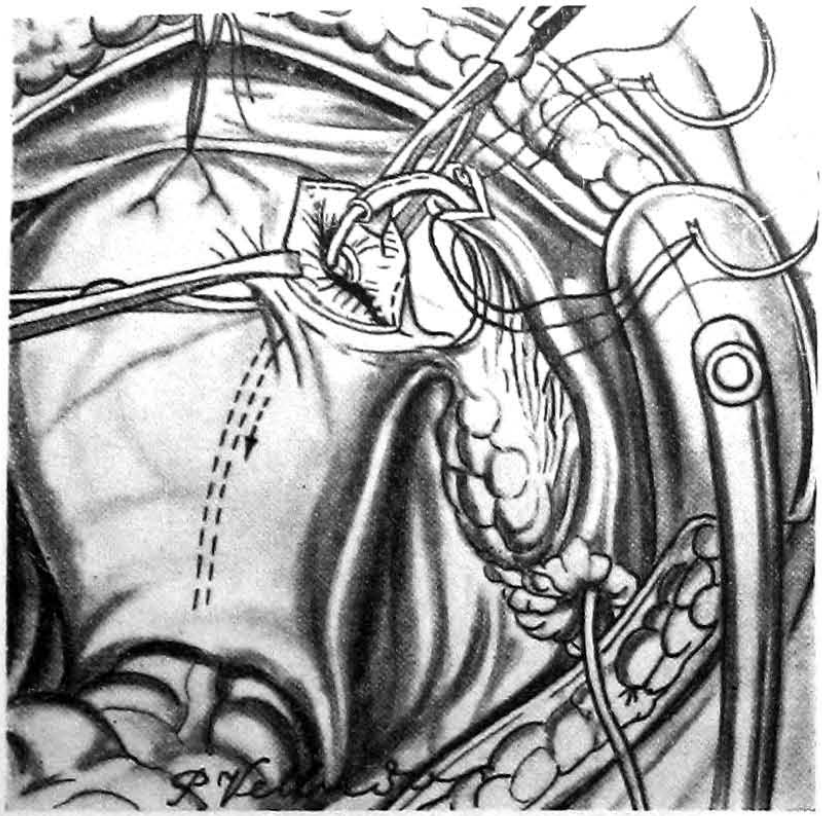


Fig. 173. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Reimplantare tubo-uterină pe tutore de polietilen. Modalitatea de intubare a cavităţii uterine cu tubul de polietilen şi de aducere a acestuia pînă la colul uterului (procedeul Sîrbu).

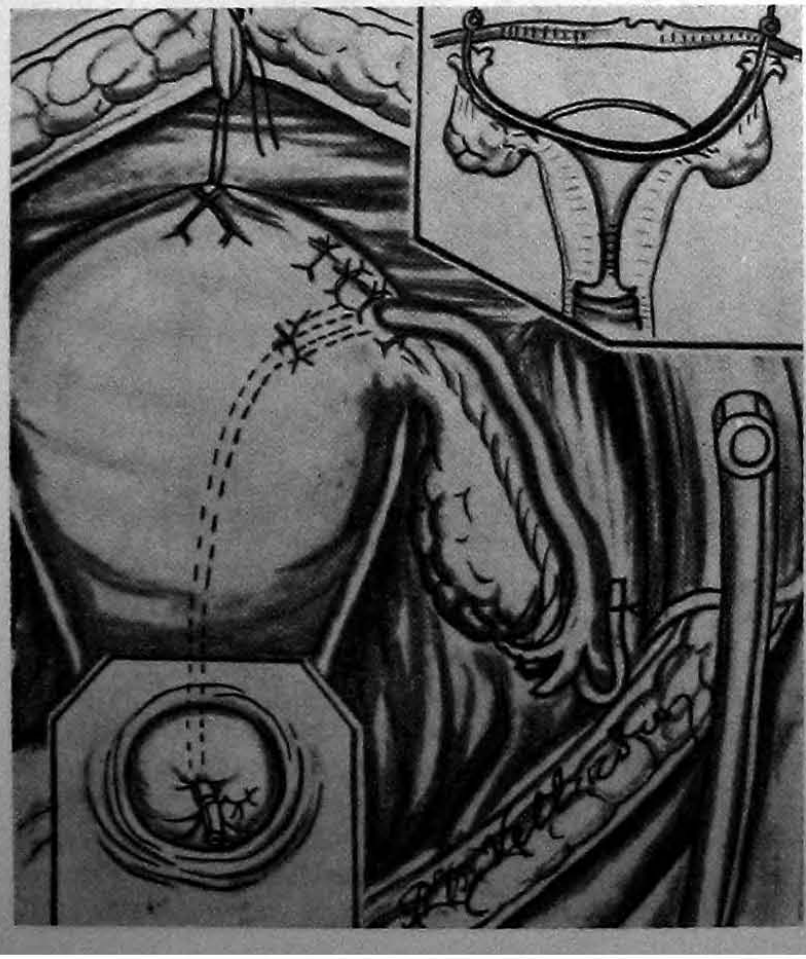


Fig. 174. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Reimplantare tubo-uterină pe tutore de polietilen. Operaţia terminată. Modul cum se fixează tutorele la seroasa pavilionului şi la col (procedeul Sîrbu).

În cartuş: procedeul Galt de aducere a capetelor tubului de polietilen la peretele abdominal.

Variante de tehnică la reimplantarea tubo-uterină. Shirodkcr deschide cavitatea uterină printr-o secţiune la nivelul ■ fundului şi reimplantează trompa, la vedere, prin peretele posterior.

Folke-Holtz lasă capătul trompei aşa cum rezultă după secţiunea transversală, fără urechiuşe şi fără fire trecute prin grosimea lor. Pentru tracţiune şi fixarea trompei în uter se folosesc capetele unui fir de catgut, plasat şi înnodat pe foiţele ligamentului larg,

imediat sub capătul trompei. Reimplantarea se face prin peretele posterior. Datorită firului de catgut plasat pe mezosalpinx, capătul trompei implantate proemină puţin în cavitatea uterului.

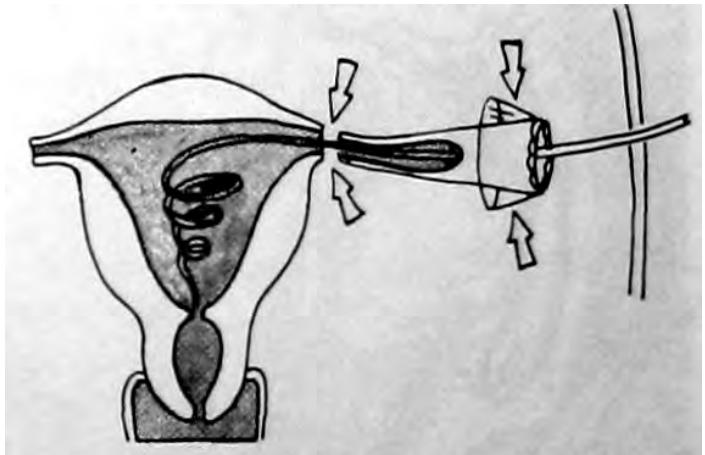


Fig. 175. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Reimplantare tubo-uterină pe tutore. Aplicarea dispozitivului Cognat din scurasil. Capătul din plastic care intubează trompa se lasă încolăcit în cavitatea uterină.

Svanberg în reimplantarea ampulo- uterină (fig. 176), cînd fragmentul de implantat este mai scurt şi implicit mai| gros, face o excizie mai largă prin cornul uterului (fig. 177). După terminarea reimplantării, fixează franjurii pe suprafaţa uterului cu fire subţiri. Dacă pavilionul trompei este fimozat, se desfac franjurii prin codonoliză, înainte ca aceştia să fie fixaţi pe suprafaţa uterului.

Îngrijiri postoperatorii după reimplantări tubare. Antibioterapie intra- şi postoperatorie. Tutorele de polietilenă se suprimă variabil, după 8—12 săptămîni. Dispozitivul Cognat se suprimă după 8—12 zile. Controlul permeabilităţii tubare nu se face mai devreme de 3 luni de zile. Tendinţa actuală este (Palmer) ca această verificare să fie amînată cît mai mult, pînă la un an, pe considerentul că toate metodele de explorare ascendentă sînt agresive pentru mucoasa tubară.

Rezultate. Acestea depind de felul cum au fost selecţionate cazurile, de tehnica folosită şi de condiţiile în care s-a făcut. De aceea ele sînt variabile de la autor la autor. în reimplantarea ampulo-uterină, Palmer obţine 33% sarcini şi 8,5% sarcini ectopice; în reimplantarea istmo-uterină obţine sarcini uterine în 43% şi 8% sarcini ectopice. Alte statistici dau procente între 21 şi 28 %. Cu ambele procedee Palmer a obţinut o permeabilitate tubară în 74—78 % din cazurile operate. Din cauză că procentul de sarcini este mai mic după reimplantarea ampulo-uterină, explicat probabil de migraţia rapidă a oului prin această trompă scurtă, majoritatea autorilor preferă reimplantarea istmo-uterină. în plus, reimplantarea ampulo-uterină poate produce dismenoree, ca urmare a refluxului sîngelui menstrual în peritoneu («incontinenţă tubară») şi chiar endo- metrioză. în reimplantările făcute la nivelul cornului uterin există riscul dehiscen- ţei miometrului în cursul sarcinii (rupturi incomplete subperitoneale). în reimplantarea tubo-uterină combinată cu salpingostomie terminală (dublă operaţie plastică pe aceeaşi trompă) rezultatele sînt foarte slabe (doar 2% sarcini). Procedeele de reimplantare pe tutore de polietilenă nu dau rezultate mai bune decît reimplantarea simplă. Palmer a renunţat la folosirea tutorelui pe care o recomandă numai începătorilor la primele lor cazuri.

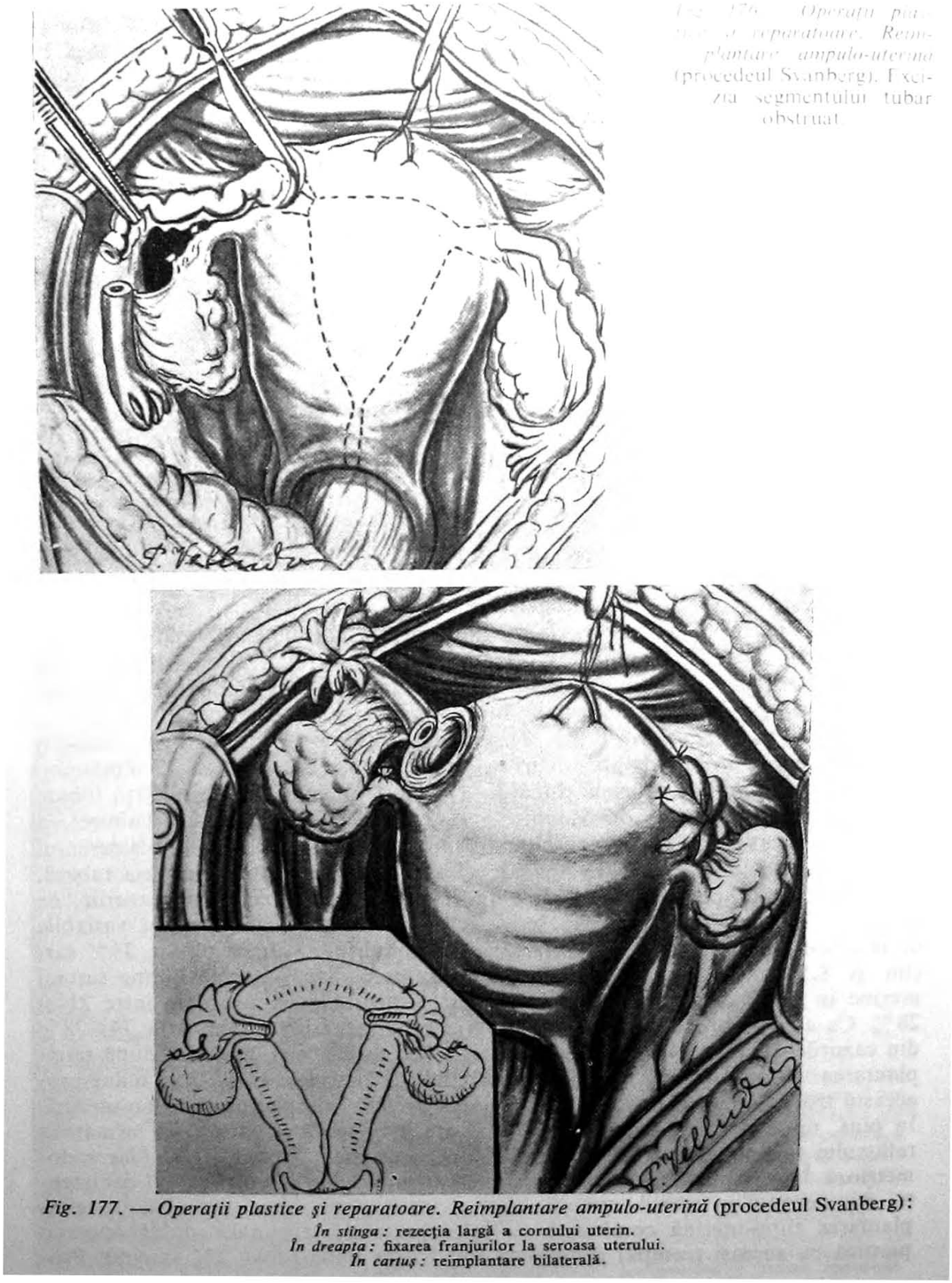


Fig. 177. — Operaţii plastice şi reparatoare. Reimplantare ampulo-uterină (procedeul Svanberg):
În stînga: rezecţia largă a cornului uterin.
În dreapta: fixarea franjurilor la seroasa uterului.
În cartuş: reimplantare bilaterală.

c) Salpingostomia. Această operaţie plastică se adresează trompelor obstru- ate în porţiunea terminală (obstrucţii externe) şi constă din crearea unui nou orificiu abdominal (neostomie).

Pavilionul trompei de operat, lipsit de franjuri, are formă de măciucă, de cec sau de corn de vînătoare. Pereţii sînt îngroşaţi sau subţiaţi; mucoasa cu pliurile păstrate sau atrofiată; în interior se găseşte deseori puţin lichid în care licăresc picături de lipiodol, rămase de la histerosalpingografie.

Clasificare: neosalpingostomie terminală; neosalpingostomie medio- ampulară; neosalpingostomie istmică.

Principii şi eficienţă. Condiţia esenţială pentru reuşita neostomiei este păstrarea unei suprafeţe cît mai mari din mucoasa tubară, fie că este sub formă eversată ca în neostomia terminală Bonney, fie că este sub formă de paletă sau de rachetă ca în neostomia termino-laterală Pollosson.

O altă condiţie este ca această mucoasă să fie lăsată liberă în raporturile ei cu ovarul. Autori ca Pollosson consideră ilogică fixarea neostomiei la ovar, fiindcă în afară că-i limitează mobilitatea, favorizează constituirea unui chist tubo-ovarian.

în consecinţă neostomia ampulo-pavilionară trebuie să fie largă pentru a desfăşura o suprafaţă de mucoasă cît mai întinsă. De aceea neostomiile istmice sînt a priori sortite eşecului, fiindcă prin orice artificiu de tehnică nu se realizează decît un simplu orificiu de intrare şi nu o suprafaţă mucoasă.

Alegerea procedeului tehnic este dictată de starea patologică a pavilionului şi/sau a ampulei, respectiv de posibilităţile pe care le oferă, pentru a se obţine un orificiu cît mai larg şi cît mai bine acoperit de mucoasă.

Neosalpingostomia terminală. Această intervenţie este indicată în obstrucţiile distale, capătul terminal al trompei fiind sub formă de cec cu sau fără lichid în interior (hidrosalpinx). Hidrotubaţia ascendentă umflă această porţiune şi o face mai accesibilă pentru operaţie.

Există două situaţii anatomice: una în care există o depresiune oarbă pe locul unde a existat ostiumul abdominal dată de retractarea şi invaginarea franjurilor, peste care trece seroasa peritoneală, şi o alta în care cecul Lubar are pereţii subţiaţi, uniform destinşi, fără nici o depresiune terminală evidentă.

în prima eventualitate se foloseşte procedeul Shirodkar care constă din incizia peritoneului urmată de dezaglutinarea franjurilor ca în codonoliză.

Neosalpingostomia terminală procedeul Shirodkar: se face o incizie a peritoneului, lineară sau în cruce (fig. 178), centrată pe invaginaţia existentă; cu vîrful unei pense fine se pătrunde în interiorul pavilionului şi cu mişcări de deschidere în cele două diametre, se dezaglutinează franjurile (manevra de deza- glutinare poate fi uşurată de introducerea în pavilion a unui balonaş Foley); franjurile se fixează la seroasa tubară cu fire subţiri, 4/0 de nylon (fig. 179). Secretul acestei operaţii este ca incizia peritoneului să se limiteze numai la acesta, deci fără hemoragie. Swolin o realizează cu tehnica microchirurgiei, folosind pentru incizie un ac fin electric, obţinînd sarcini normale în 24,2% şi sarcini ectopice în 12,1%.

Neosalpingostomia terminală procedeul Bonney-Palmer. Se face o incizie în cruce Ia nivelul cecului tubar (fig. 180) din care rezultă patru lambouri sero- musculo-mucoase de formă triunghiulară. Lambourile rezultate se răstoarnă şi vîrfurile lor se fixează cu fire de nylon 4/0 Ia peretele tubar (acul prinde cît se poate de gros din peretele trompei) (fig. 181). Lamboul adiacent ligamentului tubo-ovarian se prinde cu un fir la polul ovarului, reconstituindu-se franjurile Richard.

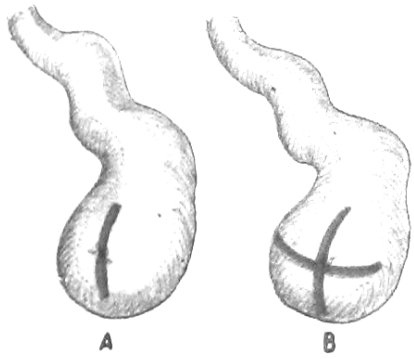


Fig. 178. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia procedeul Shirodkar. Incizie lineară sau în cruce care interesează numai seroasa peritoneală.

Fig. 179. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia terminală procedeul Shirodkar: fixarea franjurilor la seroasa tubară.

Fig. 180. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia terminală procedeul Bonney-Palmer. Incizia în cruce a ceculuі tubar.

Fig. 181. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia terminală procedeul Bonney-Palmer. Eversarea lambourilor şi sutura lor la peretele pavilionului tubar.

Variantă de tehnică. Se perforează fundul ceculuі tubar cu un foarfece mic, ascuţit; tot cu el se secţionează în sus şi în jos, peretele pavilionului, pe o lungime de 20 mm pentru fiecare rază; se aplică pensa specială Bonney, cu ajutorul căreia se răzbuzează cele două lambouri în manşetă; lam- bourile eversate se prind la sero-musculoasa pavilionului ca în fig. 182.

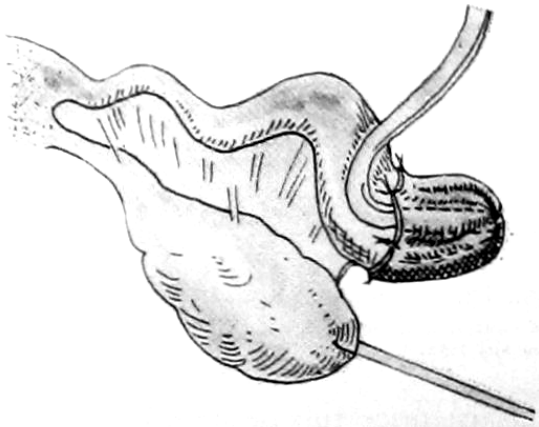


Fig. 182. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală procedeul Bonney-Palmer, răzbuzarea lambourilor în manşetă cu ajutorul pensei Bonney şi fixarea marginilor la peretele pavilionului.

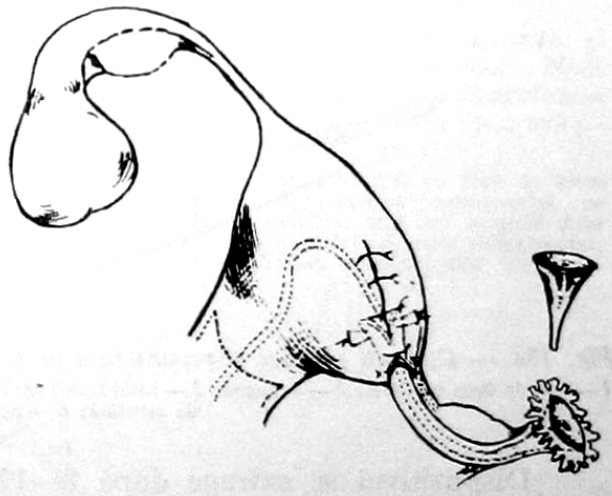


Fig. 183. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală procedeul Mulligan. Se introduce în orificiul nou creat, un con plin din polietilen. Vîrful conului poate servi de tutore în implantarea tubo-uterină.

Pentru a se evita reobstruarea stomiei, Mulligan foloseşte un con plin, confecţionat din polietilenă pe care-1 introduce în lumenul pavilionului ca pe o pîlnioară la care suturează marginile neostomiei (fig. 183), iar pentru a se evita formarea de noi aderenţe, acelaşi autor foloseşte un capuşon din silastic cu care acoperă capătul operat al trompei. Aceste dispozitive se lasă pe loc 3 luni. Dezavantajul acestor procedee este că pentru scoaterea dispozitivului aplicat se face o altă laparotomie.

Cu aceleaşi indicaţii se poate folosi dispozitivul din scurasil a lui Cognat. Această proteză este formată dintr-un tub de dren găurit, asemănător tubului Redon, la extremitatea căruia se află un con din plastic, ca o umbrelă; de la acest con, drenul se prelungeşte cu un fir de setolină la capătul căruia este fixat un ac cu vîrful butonat (fig. 184).

Avantajele acestui dispozitiv sînt multiple: capuşonul îmbracă complet capătul terminal al trompei, evitînd aderenţele; firul de setolină trecut prin interiorul trompei şi fixat la peretele tubar menţine conul adaptat la pavilion; drenul perforat este exteriorizat la peretele abdominal, permiţînd instilarea de soluţii medicamentoase după operaţie şi extragerea întregului dispozitiv după 8—12 zile prin simplă tracţiune. Aplicarea acestei proteze se face astfel: după terminarea neosalpingostomiei în manşetă, se apucă trompa între police şi index şi cu cealaltă mîna se intubează trompa cu acul butonat pînă cînd vîrful accs- tuia ajunge la nivelul istmului (fig. 185 A); se perforează trompa pe marginea ei superioară, scoţîndu-se firul de setolină care se va fixa ulterior la peretele uterului; trăgîndu-se de firul de setolină, capuşonul se adaptează la pavilionul trompei şi se modelează pe el; se rezecă partea de surplus şi marginile capu- şonului se fixează cu două fire de catgut, unul la marginea superioară a trompei, altul la polul extern al ovarului (fig. 185 B). Drenul se aduce la pielea abdomenului prin contraincizie (fig. 185 C).

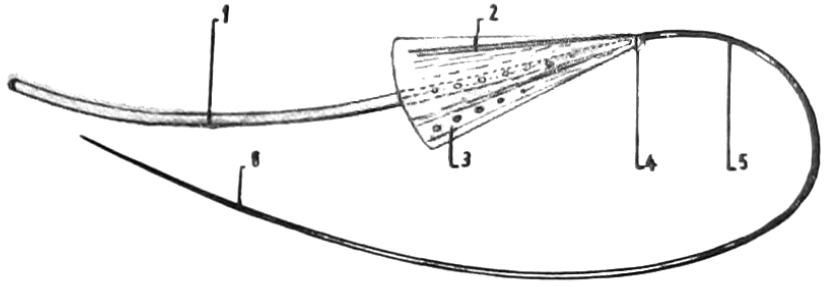


Fig. 184. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Dispozitiv din scurasil, model Cognat: *1* — tub de dren perforat; *2* — capuşon; *3* — întăritură laterală; *4* — articulaţia firului de setolină la capsulă; *5* — firul de setolină; *6* — acul cu vîrf teşit.

Dispozitivul se extrage după 8—12 zile, ca orice tub de dren (fig. 186).

Neosalpingostomia termin o-lat er ala. Tehnicile prin care se realizează neostomia termino-laterală sînt indicate în hidrosalpinxul cronic în care cecul tubar este intim aderent la ovar. Operaţiile de acest tip urmăresc să creeze o deschidere largă a trompei fără încercarea de a desface aderenţele, evitîndu-se hemoragia şi zonele deperitonizate imposibil de reparat.

Deschiderea cecului tubar se face prin trei feluri de incizii: lineară simplă ca în fig. 187, în Y sau în U ca în fig. 188.

Neosalpingostomia termino-laterală procedeul Pollosson. Acest procedeu urmăreşte să se realizeze din pereţii ampulei un franjure lung, sub formă de rachetă, de paletă sau de linguriţă prezentînd o suprafaţă mucoasă întinsă. Pentru obţinerea acesteia este nevoie de o deschidere largă a ampulei, de unde şi numele de salpingostomie termino-laterală largă (fig. 189).

Principiul metodei este ca mucoasa să fie eversată cît mai mult, fiindcă numai astfel se obţine un guleraş suficient de mucoasă în jurul neostomiei (garanţie ca aceasta să nu se reobstrueze) şi o desfăşurare întinsă a acesteia pe suprafaţa paletei create (garanţie că-şi va exercita funcţia biologică în transportarea ovulului spre orificiul trompei).

Tehnica. Cu foarfecele mic, cu vîrfurile ascuţite, se secţionează cecul tubar pe o lungime de 4 cm de-a lungul suprafeţei opuse inserţiei mezosalpinxului. Această secţiune se face lineară ca în fig. 189-cartuş. Hemostaza se face imediat, cu pense mici, la vedere, urmată de ligaturi cu catgut 4/0. Tamponarea suprafeţelor sîngerînde se face cu comprese umede.

După terminarea hemostazei se introduce în lumenul trompei un stilet butonat, care va servi de reper cît durează sutura mucoasei. Sutura mucoasei se începe cu unghiul proximal al inciziei ca în fig. 190. Se folosesc pentru aceasta fire foarte subţiri de nylon şi ace curbe, atraumatice. Mucoasa se prinde de seroasa peretelui tubar, cît mai departe de linia de incizie. Punctul cel mai distal fixează extremitatea noului ostium la suprafaţa ovarului. Operaţia se face uni- sau bilateral.

Variante de tehnică. Pentru a se obţine o suprafaţă de mucoasă cît mai largă în jurul orificiului tubar se face o incizie a cecului tubar în Y ca în fig. 191. Se numeşte neosalpingostomie termino-laterală, Pollosson, în Y.

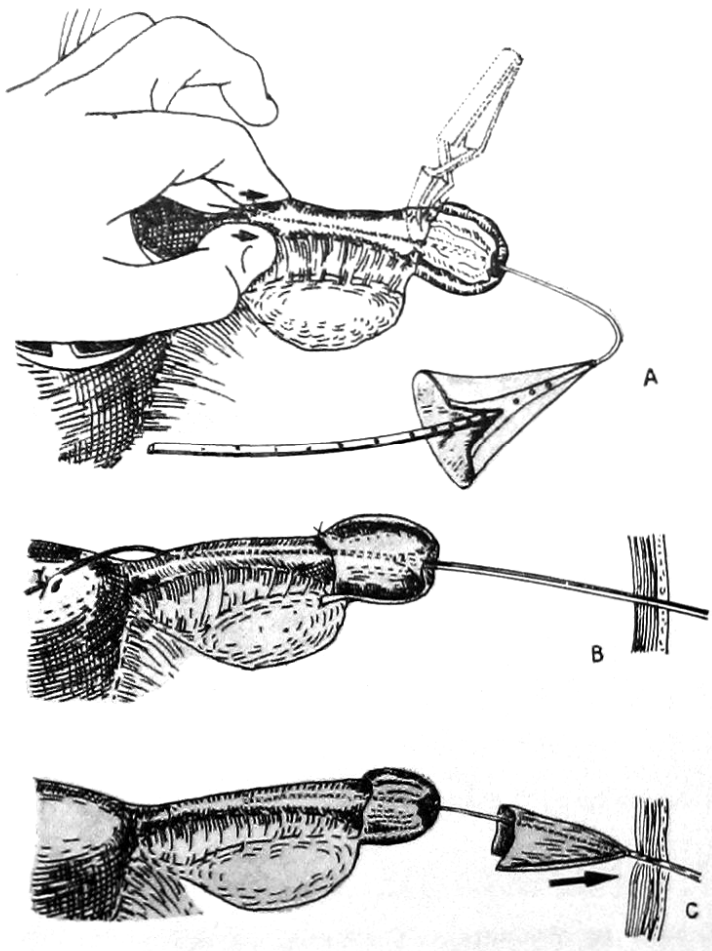


Fig. 185. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală protezată cu dispozitivul din scurasil — Cognat:

A — intubarea trompei cu firul de setolină; *B* — modelarea capuşonului pe capătul trompei, firul de setolină fixat la uter şi drenul la peretele abdomenului; *C* — extragerea dispozitivului (după Sénèze).

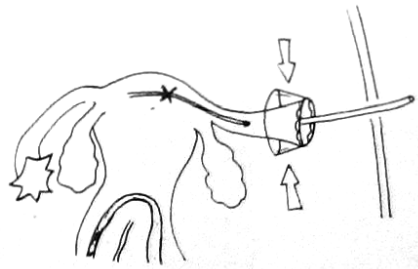


Fig. 186. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală protezată cu dispozitivul din scurasil — Cognat (schemă). Operaţia terminală: capuşonul modelat pe capătul trompei, tubul de dren exteriorizat la peretele abdomenului şi firul de setolină fixat la uter.

Sutura mucoasei se face ca în procedeul descris mai sus. Capătul distal al paletei obţinut prin operaţie este prins de ovar cu un singur punct de nylon. Paleta creată rămîne cu spatele spre ovar, păstrîndu-şi oarecare mobilitate. Clasic mucoasa tubară se fixa cu cîteva puncte de sutură la ovar ca în fig. 191. Acest artificiu de tehnică predispune la formarea chistului tubo-ovarian, şi nu este recomandabil.

Neosalpingostomia laterală. Este indicată la cazurile la care ampula dilatată pe toată lungimea ei este intim aderentă la ovar. Operaţia urmăreşte să creeze o deschidere largă a trompei fără desfacerea aderenţelor care o leagă de ovar.

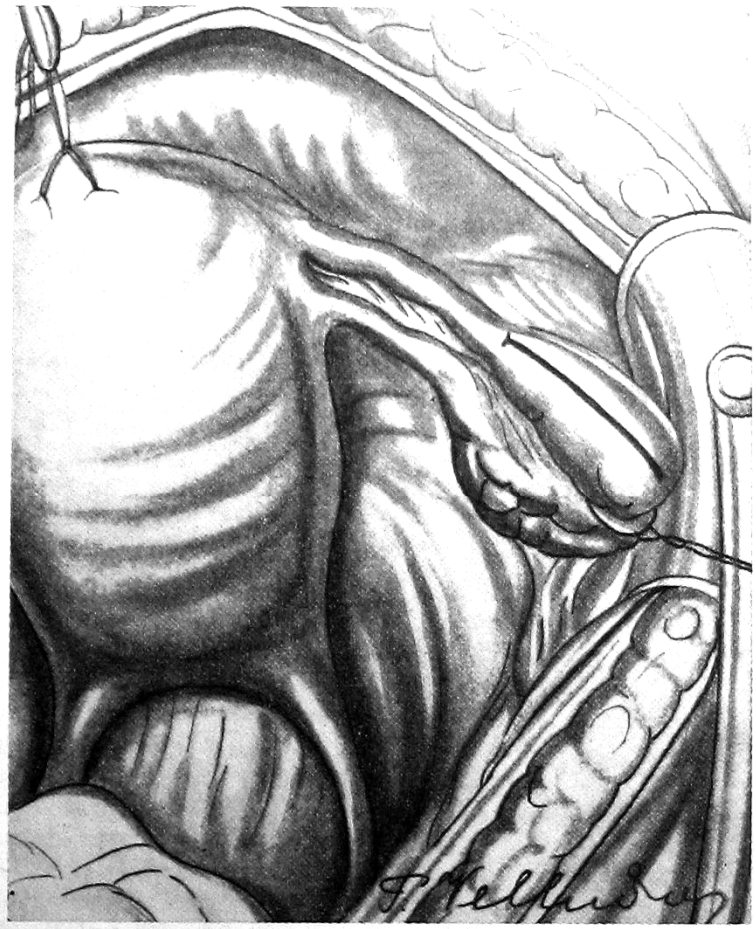


Fig. 187. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie termino-laterală procedeul Pollosson. Linia de incizie, lineară simplă, lungă de 4 cm pe marginea superioară a cecului opusă inserţiei mezoului.

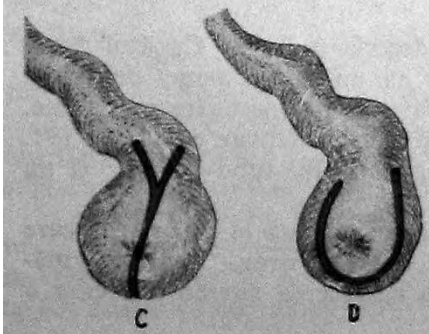


Fig. 188. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie termino-laterală Pollosson:
C — incizie în Y; *D* — incizie în U.

Se face o secţiune cu foarfecele în lungul ampulei, nu prea departe de ovarul la care aderă (fig. 192). Marginile stomiei se cos cu un fir continuu de catgut foarte subţire cu răzbuzarea mucoasei, pe cît se poate (fig. 193 şi 194). Sutura în surjet are avantajul că face hemostază. Dacă marginile secţiunii nu sîngerează, se dă preferinţă suturii cu fire separate de nylon foarte subţire (fig. 194-cartuş). La reconstituirea stomiei se respectă trei detalii de tehnică: gura să fie cît mai largă; răzbuzarea mucoasei să fie făcută cu grijă, mai ales la unghiul proximal al inciziei (sutura se face pe stilet butonat introdus în orificiul tubar); deschizătura stomiei să fie orientată spre ovar în aşa fel încît la repunerea uterului în pelvis să acopere o parte din suprafaţa ovarului.

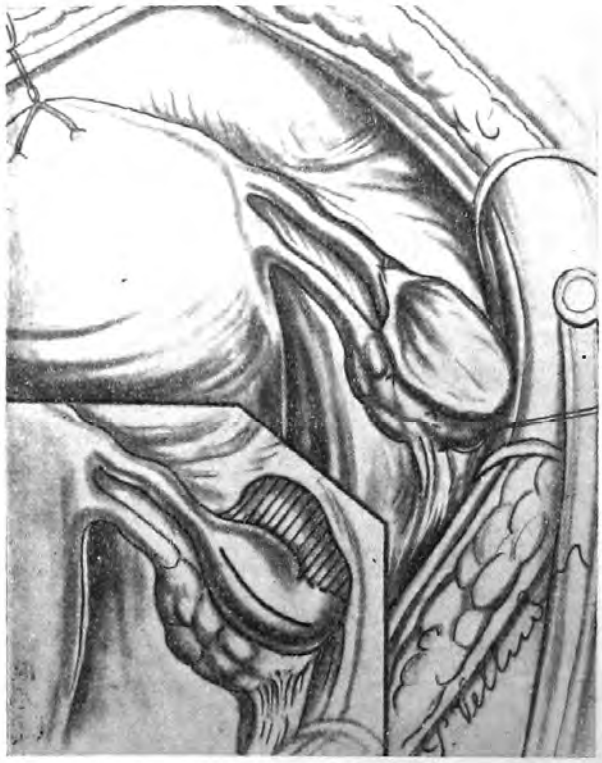


Fig. 189. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia termino-laterală Pollosson cînd trompa este sub formă de corn de vînătoare.
În cartuş : linia de incizie.

Neosalpingostomia laterală procedeul Mocquot. Se face o incizie lungă de-a lungul ampulei terminată în Y la nivelul cecului tubar (fig. 195-cartuş), pentru a se croi un mic lambou, al cărui vîrf se va prinde cu un fir la polul ovarului (franjurele Richard). Mucoasa stomiei se suturează cu fire separate. Parte din suprafaţa ovarului este cuprinsă liber în îmbucătura neostomiei sau poate fi fixată cu 1—2 puncte de sutură ca în fig. 195. în acest caz operaţia se numeşte neosalpingostomie laterală cu ovarosindeză. Un procedeu asemănător este acela descris de Clado (fig. 196). Dacă ovarul nu încape în gura stomiei, se reduce volumul prin rezecţie parţială.

Fig. 190. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia termino-laterală largă, Pollosson : introducerea stiletului butonat. Sutura mucoasei se începe de la unghiul proximal al inciziei.
În cartuş : sutura mucoasei terminată.

Rezultate. Cele mai bune rezultate se obţin în neosalpingostomiile terminale (Bonney-Palmer) şi în cele termino-laterale (Pollosson). Procentele din literatură sînt 27% sarcini uterine cu un procent foarte ridicat de sarcini extra- uterine, de 13% (Palmer 60). Neosalpingostomia laterală nu se bucură de reputaţie în privinţa rezultatelor din cauza modificărilor atrofice ireversibile ale trompei (se execută pe diferite forme de hidrosalpinx) şi a leziunilor concomitente ale ovarului (albuginee groasă, degenerescenţă polichistică).

Fig. 191. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia termino-laterală Pollosson prin incizie în Y. Ostium larg tubar după sutura mucoasei.

În cartuş: incizia ceculuí tubar în Y.

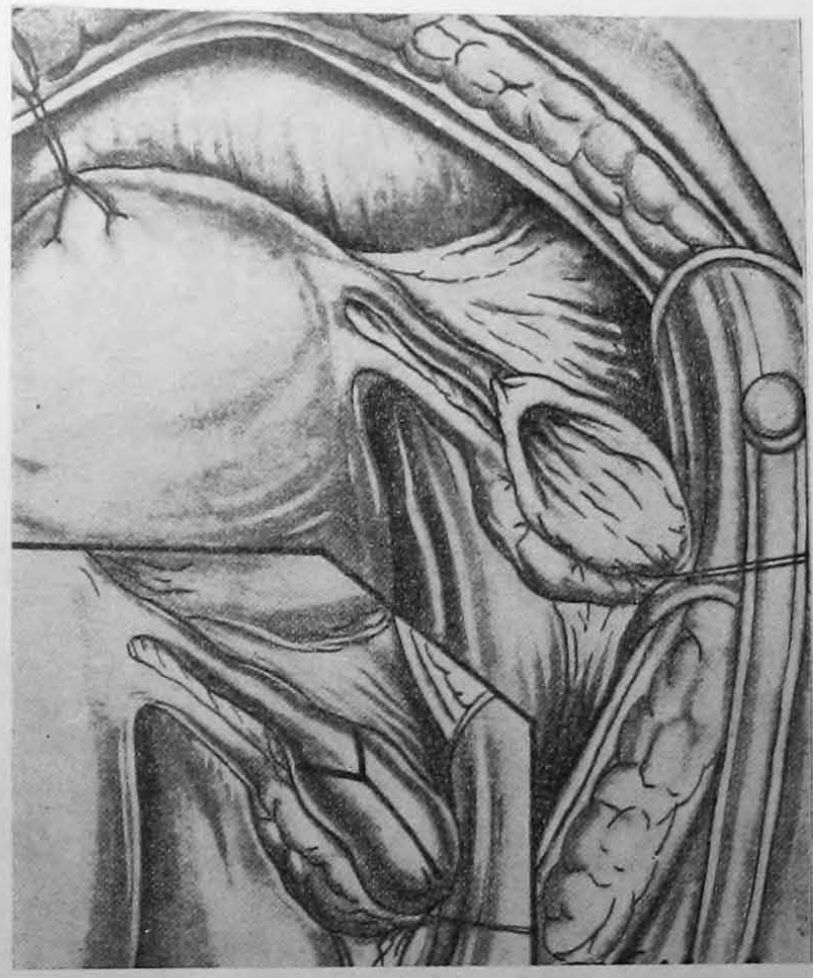


Fig. 192. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia laterală : incizie lineară simplă, lungă de 4 cm, pe marginea ceculuí tubar la mică distanţă de ovar.

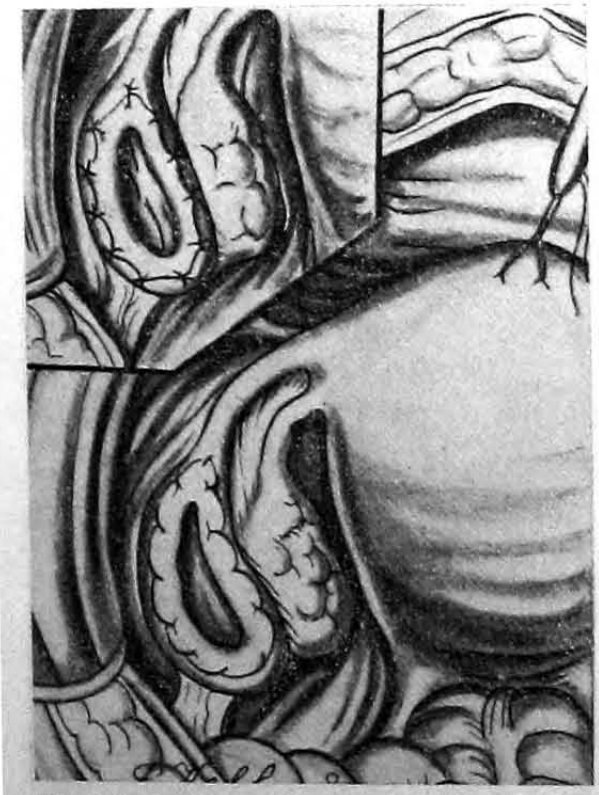


Fig. 194. — Neosalpingostomie laterală : operaţia terminată, sutura mucoasei cu fir continuu.

În cartuş : sutura mucoasei cu puncte separate de nylon.

Fig. 195. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia laterală, procedeul Mocquot.

În cartuş : linia de incizie terminată în Y la nivelul cecului tubar.

Neosalpingostomia m e d i o-a m p u l a r ă. Aceste tehnici se adresează hidrosalpinxului şi se execută cu rezecarea porţiunii distale astfel ca neostomia să se realizeze la nivelul ampulei, în ţesut sănătos. Din această cauză operaţia mai poartă numele şi de neosalpingostomie medio-ampulară transversală.

Neosalpingostomia medio-anpulară transversală în «manşetă» procedeul Holden-Sovak [11]. Se secţionează ampula, transversal, cu bisturiul, la limita dintre normal şi patologic (fig. 197). Se aplică o pensă Kocher pe trompă; se secţionează mezosalpinxul pînă la locul pensei şi se face hemostaza respectivă.

Se face, cu un foarfece foarte fin, o secţiune circulară, sero-musculară, la 15 mm în aval de pensa Kocher.

Se secţionează trompa cu bisturiul, razant cu pensa Kocher (cecul rezecat cade împreună cu pensa Kocher).

Se testează ascendent permeabilitatea trompei şi se introduce în orificiu un stilet butonat.

Se aplică pensa specială Bonney (fig. 198) şi se răstoarnă în «manşetă» fragmentul tubar cuprins între cele două incizii, cea transversală de rezecţie şi cea circulară de « circumcizie».

[11] Procedeul în manşetă introdus la noi sub numele de Holden-Sovak este de fapt tehnica care combină «manşeta» descrisă de Bonney (Bonney's cuff operation) cu circumcizia peritoneului propusă de Sovak. La aceste principii, Palmer a adus contribuţii importante de tehnică, în unele cărţi acest procedeu este descris sub numele de Bonney-Palmer.

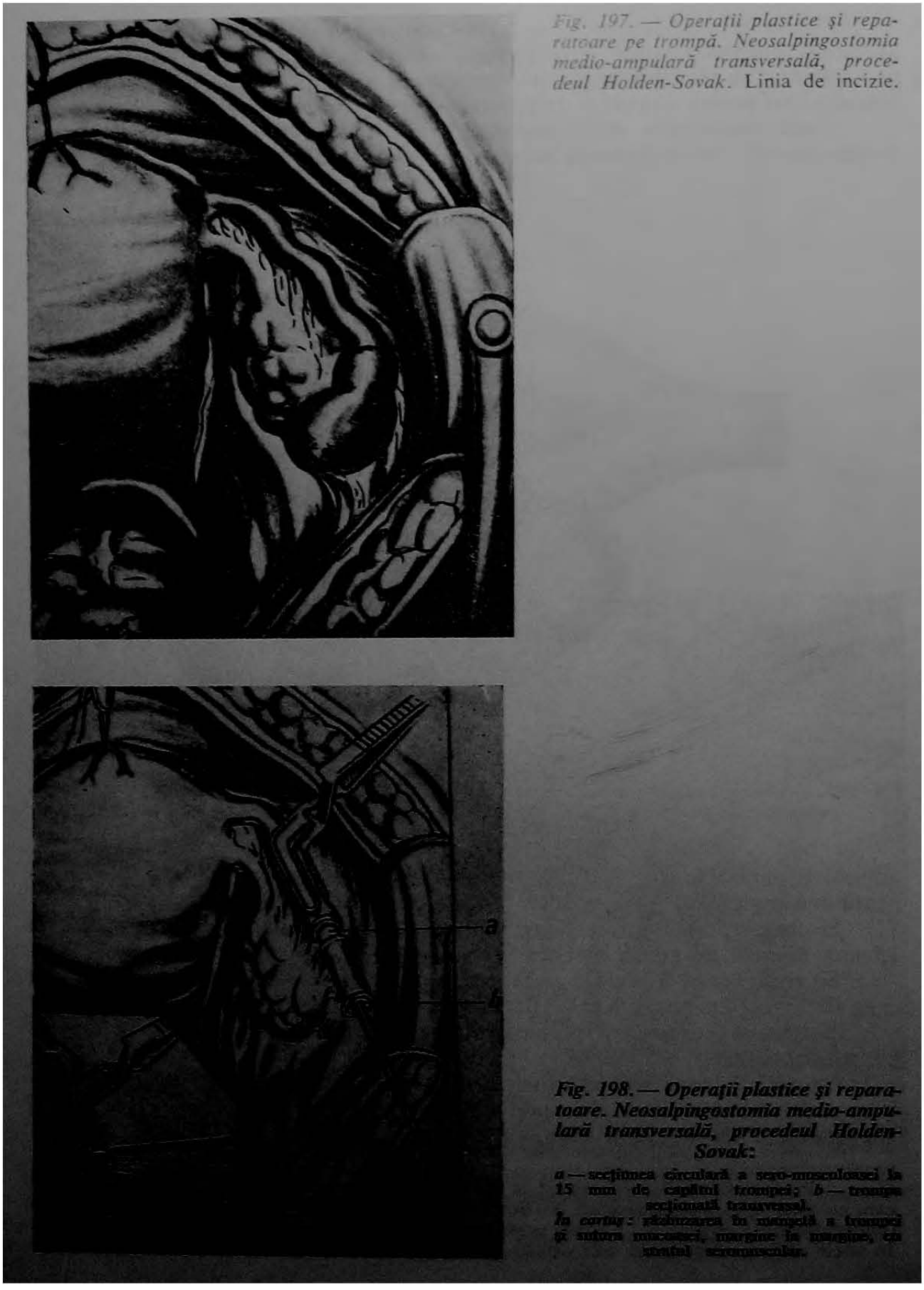


Fig. 197. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Holden-Sovak. Linia de incizie.

Fig. 198. — Operaţii plastice şi reparatoare. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Holden-Sovak:

a — secţiunea circulară a sero-musculoasei la 15 mm de capătul trompei; ***b*** — trompa secţionată transversal.

În cartuş: răsfrângerea în manşetă a trompei şi sutura mucoasei, margine la margine, cu stratul seromuscular.

Se prinde mucoasa, margine la margine, cu sero-musculoasa, cu fire subţiri de nylon, ca în fig. 198-cartuş. Astfel neostomia este înconjurată de un guler larg de mucoasă (fig. 199) şi punctele de sutură fiind la distanţă de ea, micşorează factorii de reobstruare.

Se scot cu blîndeţe pensa Bonney şi stiletul butonat.

Se fixează neostomia la polul superior al ovarului cu un singur fir (se folosesc, pentru aceasta, capetele firului care a fost plasat la sutura mucoasei, în vecinătatea mezoului).

Se spală neostomia cu soluţie de penicilină şi hidrocortizon şi se închide abdomenul fără drenaj.

Pentru evitarea reobstruării şi a formării de aderenţe se poate aplica proteza din scurasil Cognat (vezi fig. 185).

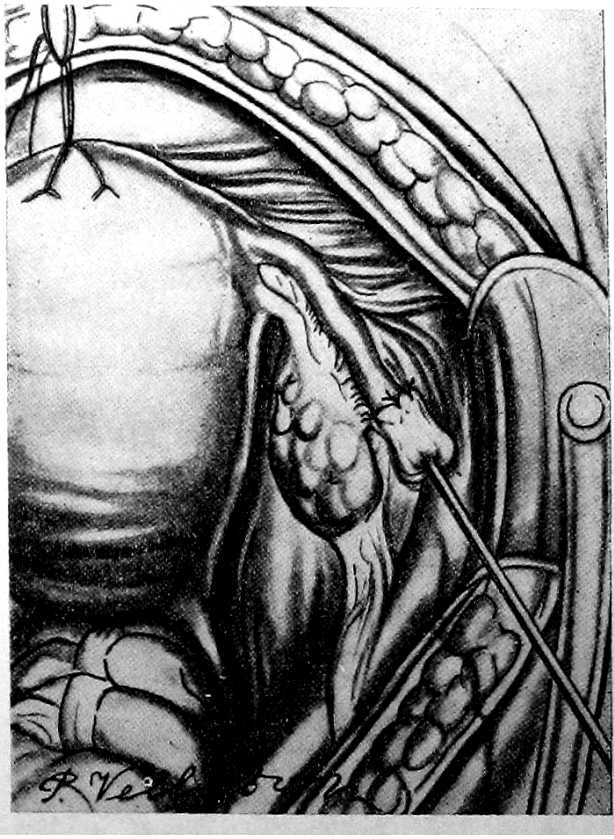
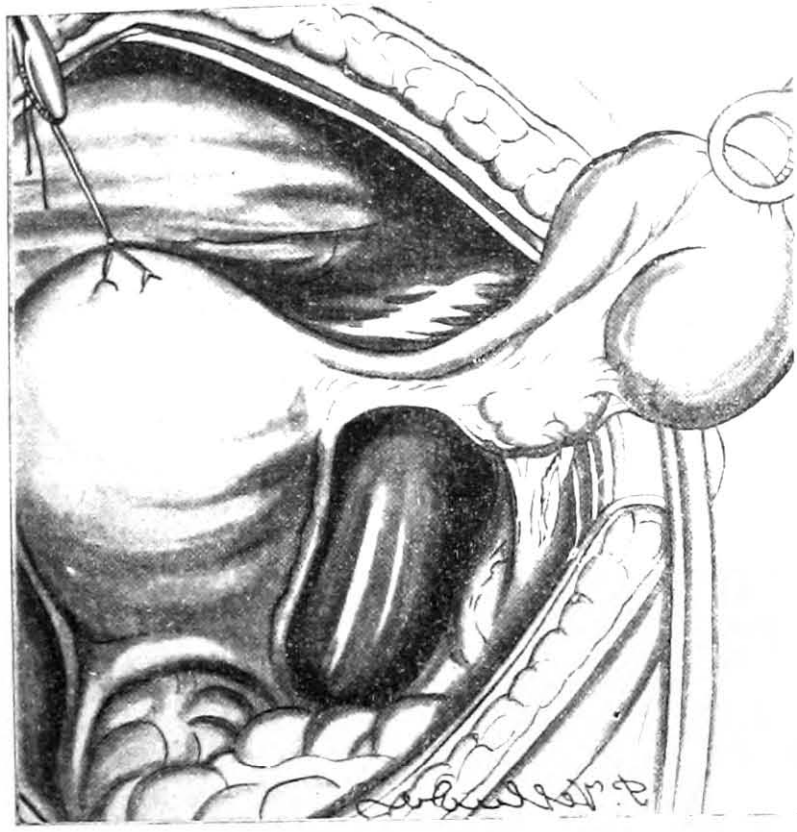


Fig. 199. — Operaţii plastice şi conservatoare. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală procedeul Holden-Sovak: operaţia terminată.

La tehnica descrisă, Palmer aduce următoarea modificare: după ce face incizia circulară, decolează seroasa şi cilindrul care rezultă este detaşat. Se asigură o suprafaţă mare de cicatrizare.

Variante de tehnică.

Neosalpingostomia medio-ampulară transversală prin eversare simplă a mucoasei. Procedeul este indicat în hidrosalpinx (fig. 200). Se rezecă transversal porţiunea distală, bolnavă. Se introduce un stilet butonat în orificiul trompei, sau o sondă moale, ca reper (fig. 201). Mucoasa endotubară se eversează şi se fixează la seroasa trompei, la cîţiva milimetri de marginea secţiunii, cu fire separate de nylon 4/0 (fig. 202) după care se scoate stiletul şi se controlează permeabilitatea neostomiei pe cale ascendentă.



Aspectul trompei înainte de operație (hidrosalpinx în corn de vînătoare).

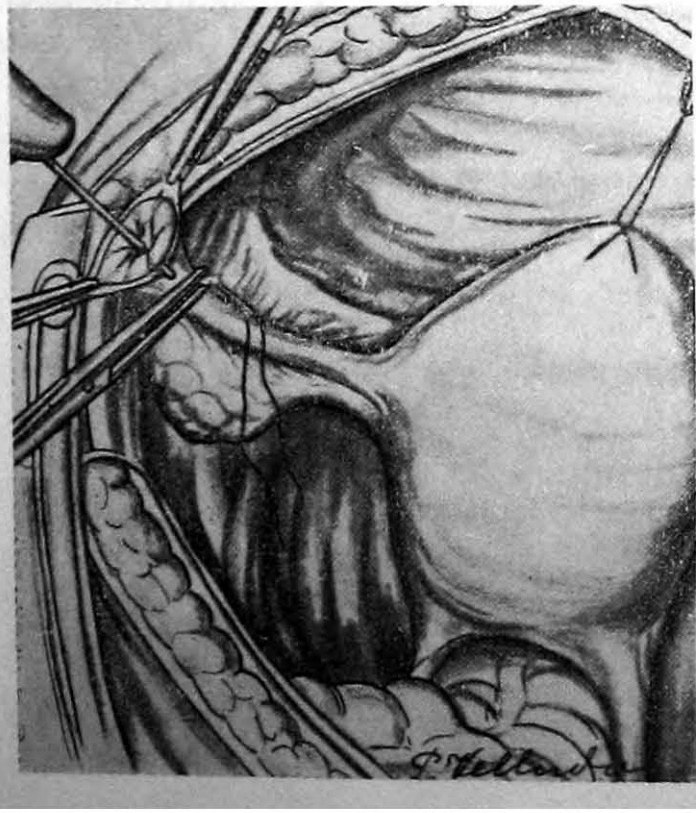


Fig. 201. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală cu eversarea simplă a mucoasei. Modul cum se pun punctele de sutură.

Neosalpingostomia medio-ampulară transversală procedeul Folke-Holtz. Se rezecă treimea distală a trompei prin incizie transversală, oblicizată spre mezou (fig. 203). Cu foarfecele se face o incizie de 2—3 cm în lungul peretelui superior (fig. 204-cartuş). Se pun puncte de sutură pe marginile secţionate (fig. 204).

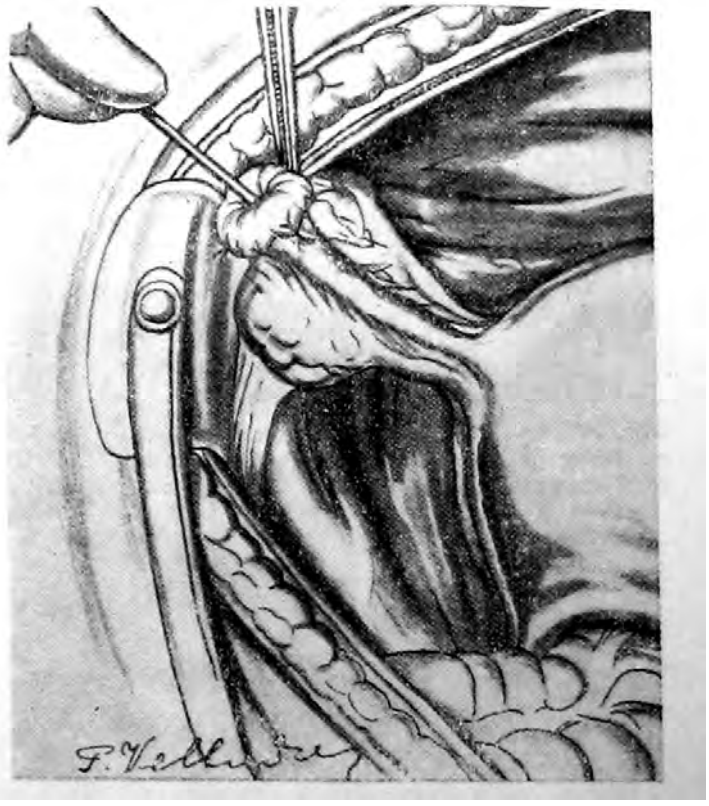


Fig. 202. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală cu eversarea simplă a mucoasei. Operație terminată.

Autorul acestui procedeu nu recomandă imediat după operaţie nici o metodă de menţinere a neostomiei (insuflaţie, lipiodol, perfuzii utero-tubare), conside- rîndu-le agresive pentru mucoasa trompei.

Neosalpingostomia medio-ampulară transversală în rachetă, procedeul Pollosson. Tehnica este identică cu neostomia terminală în rachetă Pollosson (pag. 194), cu deosebire că în situaţia unui hidrosalpinx, ca în fig. 203, se rezecă partea bolnavă. Ceea ce rămîne se etalează cu spatele la ovar, sub forma unei rachete al cărei capăt se fixează la acesta cu 1—2 puncte de nylon (fig. 205).

Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul bivalv. După ce se rezecă partea distală a trompei, se pun două fire de tracţiune după care se secţionează cilindrul tubar, prin două incizii diametral opuse, lungi de 15 mm fiecare, creîndu-se două lambouri (fig. 206-cartuş stg. şi dr.). Un lambou se fixează la peretele trompei iar celălalt la polul ovarului (fig. 206).

Rezultate. în general, rezultatele care se obţin cu aceste tehnici sînt mai puţin bune, explicaţia fiind dată de modificările ireversibile ale mucoasei uterine**,** ale pereţilor tubari şi ale aderenţelor postoperatorii care duc frecvent la un mare procent de reobstruări (43—59%—Palmer). Rezultatele globale obţinute de Palmer sînt: sarcini uterine în 13% şi sarcini extrauterine în 6% din cazurile operate. Raportat la tehnica folosită, acelaşi autor a obţinut: în tehnica în « manşetă» 23% sarcini uterine cu 7% sarcini ectopice; în tehnica în « rachetă», 4% sarcini uterine cu 10% sarcini ectopice; în tehnica «bivalvă», 20% sarcini uterine cu 10% sarcini extrauterine[12].

[12] Aceste rezultate au fost comunicate de Palmer, în 1974, la al VUI-lea Congres Internaţional de Fertilitate (Buenos Aires).

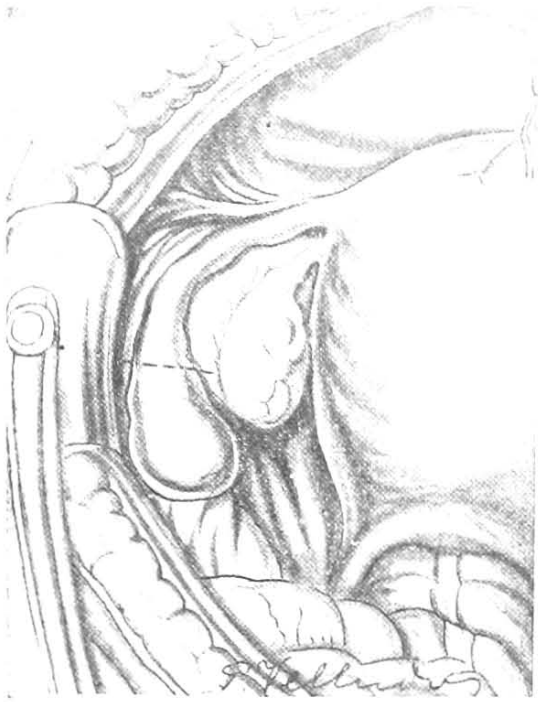
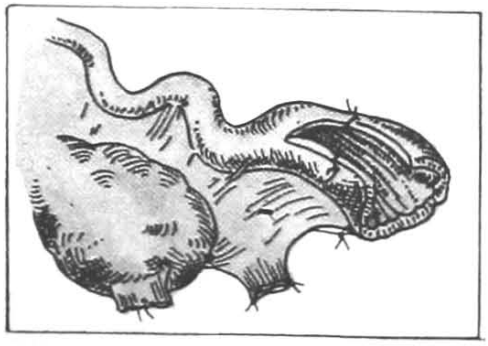


Fig. 203. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Folke-Holtz. Linia de incizie.

Fig. 204. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Folke-Holtz: operația terminată.

În cartuș: incizia peretelui superior al trompei.



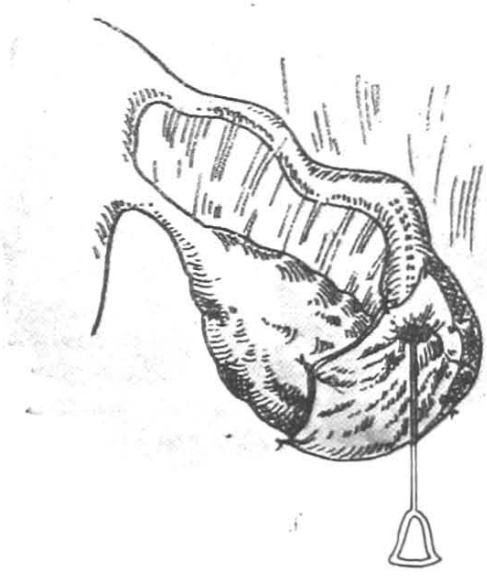


Fig. 205. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie medio-ampulară (după Palmer).

Stînga: rezecția porțiunii distale a trompei și incizie longitudinală de 3 cm (mucoasa trompei fixată pe seroasa tubară). *Dreapta:* fixarea lamboului de ovar.

Neosalpingostomia i s t mi c ă. Neosalpingostomia transversală istmică, procedeul Sobre-Casas, constă din rezecarea trompelor bolnave la 1—2 cm de coarnele uterului şi lăsarea liberă a bontului într-o « bursă» făcută cu foiţele mezosalpinxului, în care este inclus şi ovarul respectiv. Se obţine astfel o « bursă ovariană» ca la rozătoare. Procedeul se execută astfel: se aplică o pensă Kocher (fig. 207) de-a lungul mezosalpinxului, pînă la uter şi se rezecă transversal trompa cu bisturiul, la 1 cm de cornul acestuia. După ce se face hemostaza, se suturează, cu puncte separate, foiţele ligamentului larg la peretele superior şi în parte şi a pereţii anterior şi posterior ai uterului, în aşa fel încît se crează o « bursă» în interiorul căreia capătul trompei şi ovarul respectiv rămîn în contact permanent.

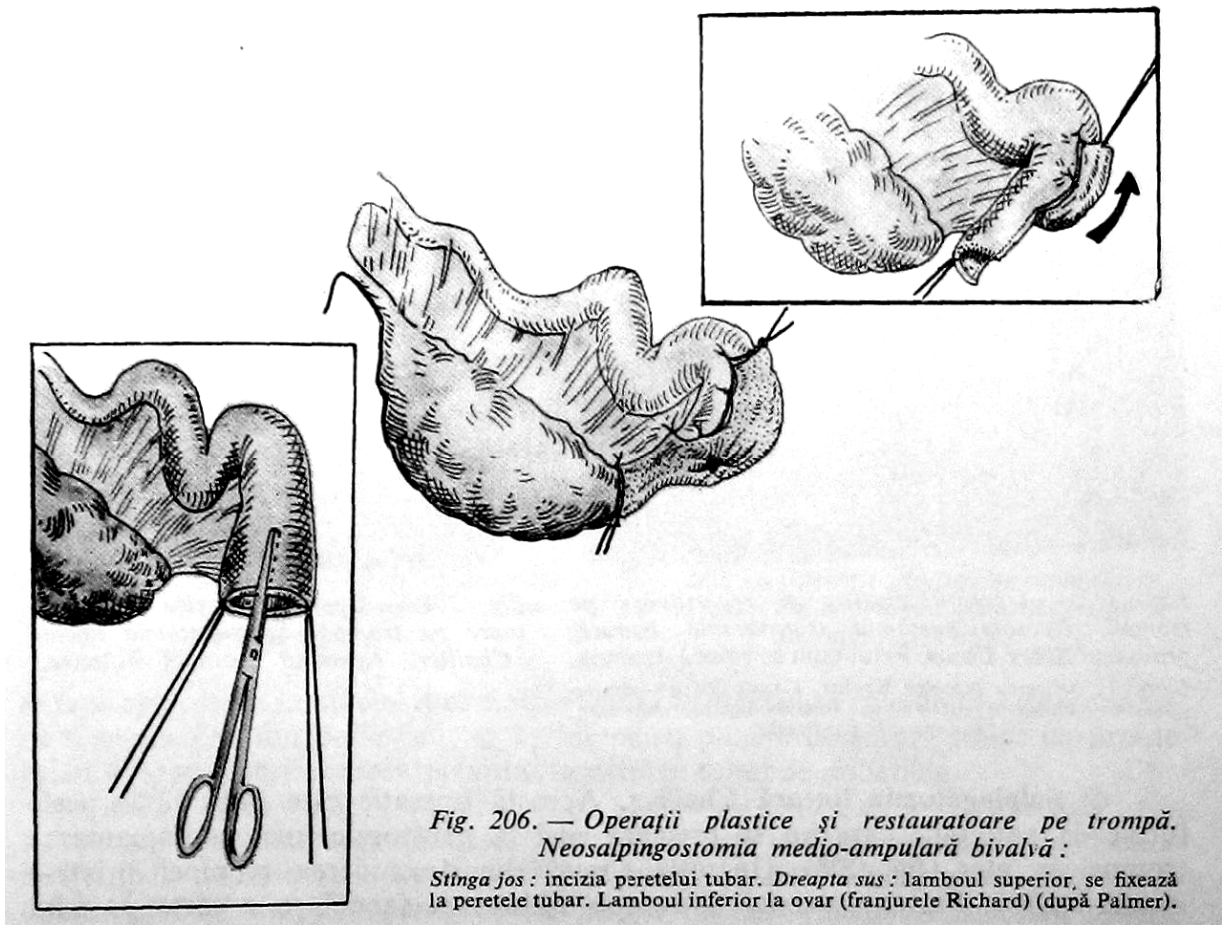


Fig. 206. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară bivalvă :
Stînga jos : incizia peretelui tubar. *Dreapta sus :* lamboul superior se fixează la peretele tubar. Lamboul inferior la ovar (franjurele Richard) (după Palmer).

Prin faptul că se extirpă cea mai mare parte din trompă, Sobre-Casas numeşte această operaţie salpingectomie conservatoare.

Cu acest procedeu autorul a obţinut 14 sarcini din 115 cazuri operate. In general, neostomiile istmice nu dau rezultate şi singura alternativă posibilă este la aceste cazuri, salpingotomia subtotală liniară Challier.

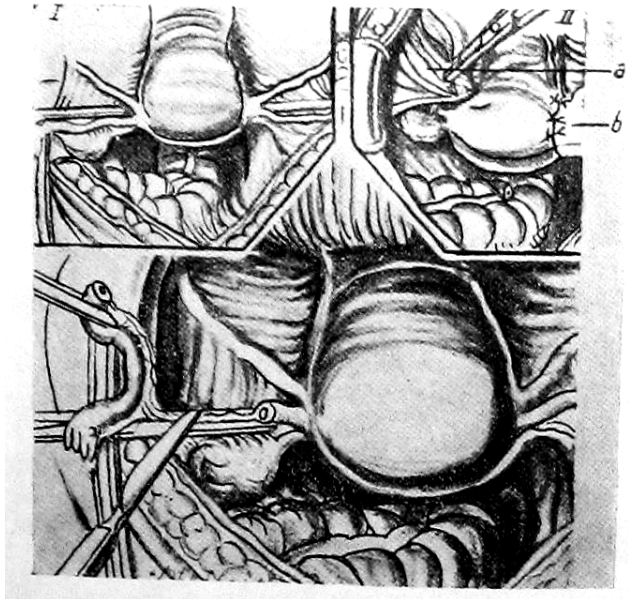


Fig. 207. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia transversală istmică, procedeul Sobre-Casas. Felul cum se rezecă trompa.
Cartuş I : aplicarea penselor Kocher. *Cartuş II : a* — confecţionarea «bursei ovariene» cu foiţele ligamentului larg; *b* — operaţia terminată.

Fig. 208. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Salpingotomia lineară Challier. Aspectul trompei bolnave.

d) Salpingotomia lineară Challier. Această operaţie este indicată în acele forme de patologie care nu se pretează nici la neostomie, nici la implantarea trompei în uter (fig. 208). Operaţia constă din deschiderea trompei printr-o incizie lineară. Partea mucoasă a trompei rămîne desfăcută ca o carte. în felul acesta se creează condiţii favorabile care duc la vindecarea proceselor patologice ale mucoasei şi pereţilor musculari, trompele avînd o mare putere de regenerare. Milochevitch infiltrează cu penicilină şi streptomicină marginile secţiunii.

Incizia peretelui tubar se face cu foarfecele sau cu bisturiul electric. Figurile 209 şi 210 ne scutesc de alte amănunte asupra tehnicii. Hemostaza se face cu bisturiul electric.

e) Anastomoze tubare. Aceste procedee se adresează patologiei obstructive de la nivelul porţiunii istmo-interstiţiale a trompei: sarcină istmică neruptă (la femeile cu trompa opusă absentă), obstrucţii nodulare postinflamatorii (netu- berculoase), oleoame după histerosalpingografii, obstrucţii cicatriceale după sterilizare chirurgicală (fig. 211).

Anastomozele tubare, după rezecarea unui segment de trompă, se pot face pe porţiunea liberă sau interstiţială.

Anastomo za tubară termin o-t er minai ă is t mic ă. Procedeul Phillips constă din rezecţia segmentului interesat, după care se restabileşte continuitatea trompei printr-o anastomoză cap la cap, fără tutore provizoriu. Operaţia se numeşte: « salpingectomie medio-tubară cu sutură terminoterminală».

Procedeul Dubuis constă din rezecţia segmentară urmată de anastomoză termino-terminală pe sondă din polietilen (fig. 212). Se rezecă porţiunea obstruată; se face hemostaza la nivelul mezosalpinxului; se intubează cele două capete tubare cu o sondă fină din polietilen; se aplică patru puncte de sutură totale cu fire de nylon 4/0; se repară mezosalpinxul şi se extrage tubul de polietilen.

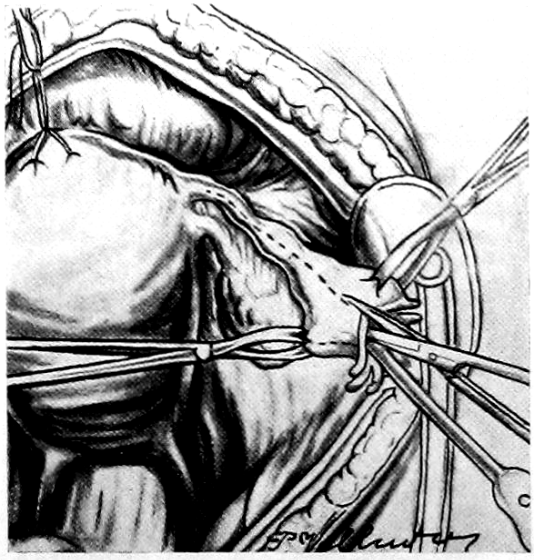


Fig. 209. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Salpingotomia liniară Challier : linia de incizie.

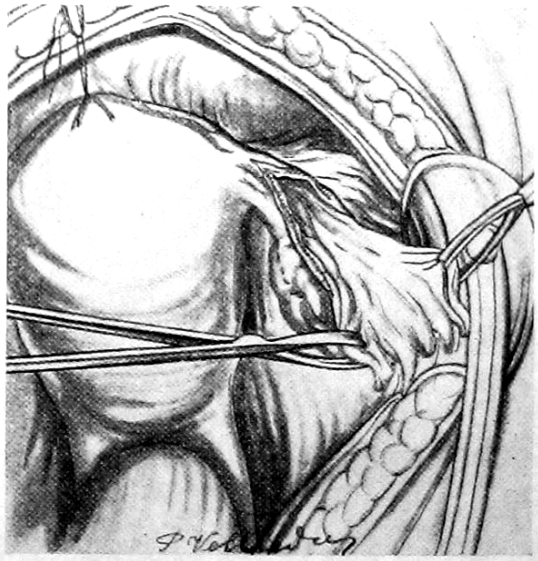


Fig. 210. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Salpingotomia liniară Challier : operaţia terminată.

Anastomoză tubară termino-terminală istmo-inter- s t iţ i a l ă. Această operaţie descrisă de Erhler este indicată în obstrucţiile istmo- interstiţiale. înainte de operaţie sînt obligatorii: histerosalpingografie recentă şi celioscopie. în timpul operaţiei este nevoie de instrumentaţia necesară pentru hidrotubaţie retrogradă ascendentă şi hidrotubaţie descendentă (vezi pag. 170). Acest procedeu păstrează joncţiunea tubo-uterină, evitînd incontinenţa tubară şi pasajul rapid al oului.

Se secţionează istmul în apropierea cornului uterin şi se practică testarea retrogradă ascendentă a permeabilităţii (fig. 213); dacă testul este negativ sau insuficient, se disecă porţiunea interstiţială şi se taie, succesiv, felii transversale, de 2 mm grosime pînă cînd se obţine un pasaj normal al soluţiei colorate introduse în cavitatea uterină (fig. 213). Acelaşi procedeu se aplică şi la capătul proximal al trompei secţionate: se rezecă, prin secţiuni succesive transversale, felie cu felie, pînă cînd testarea descendentă cu soluţie colorată arată o permeabilitate bună. Se intubează pavilionul şi istmul trompei cu un tub fin din silastic, care este trecut în cavitatea uterului prin lumenul porţiunii interstiţiale. Capătul se lasă încolăcit în cavitatea uterină. Anastomoza se face cu 3—4 suturi sero-musculoase, cu nailon 4/0 sau Dexon. Proteza din silastic se extrage după 8—12 zile pe cale vaginală. La acest procedeu de anastomoză se poate folosi şi dispozitivul din scurasil Cognat (vezi pag. 193).

Ambele procedee de anastomoze tubare descrise se execută astăzi, cu excelente rezultate, în obstrucţiile tubare după sterilizare chirurgicală, folosindu-se tehnica microchirurgiei (vezi pag. 213).

Fig. 211. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Anastomoză tubară. Procesul patologic istmic şi liniile de rezecţie.

În cartuş: obstrucţie cicatriceală după sterilizare chirurgicală.

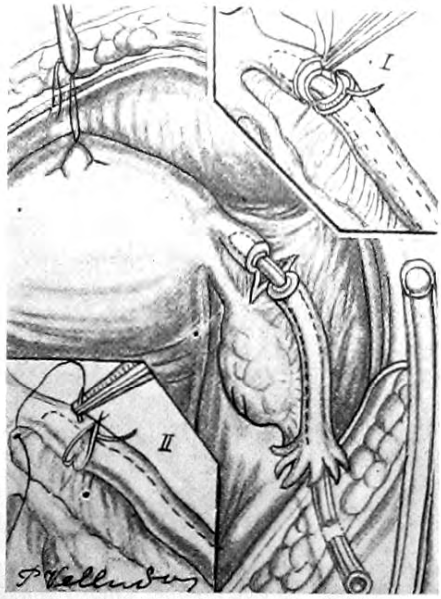


Fig. 212. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Anastomoză tubară istmică termino-terminală, procedeul Dubuis. Intubarea capetelor trompei pe tub de polietilen.

În cartuş: sutura anastomozei.

ÎNGRIJIRI PERI- ŞI POSTOPERATORII

Îngrijirile peri- şi postoperatorii urmăresc să împiedice reacţia inflamatorie creată de traumatismul chirurgical. După Palmer, acestea sînt:

— dexametozonă intramuscular începînd cu 6 ore înainte de operaţie, timp de 36 ore, cîte 16 mg la 6 ore;

— acetat de hidrocortizon intraperitoneal (1 000 mg în 20 ml ser fiziologic), înainte de a se închide peretele abdominal;

— hidrotubaţie cu 500 mg acetat de hidrocortizon în 20 ml ser fiziologic, în a 3-a zi după operaţie, în neosalpingostomii pentru a spăla cheagurile de fibrină, împiedicînd aglutinarea franjurilor;

— antibiotice (penicilină 4- streptomicină) pe cale parenterală, în primele 5 zile după operaţie;

— prednison per os, 30 mg în prima săptămînă şi 15 mg în următoarele 3 săptămîni, pro die;

— mobilizare precoce;

— insuflaţie utero-tubară în prima lună după operaţie, repetată la fiecare 2 luni, de 2 sau 3 ori;

- hisţerosalpingografie de control după 6—8 luni de la operaţie; -celioscopie de control după 12—18 luni de la operaţie (dacă nu a survenit sarcina).

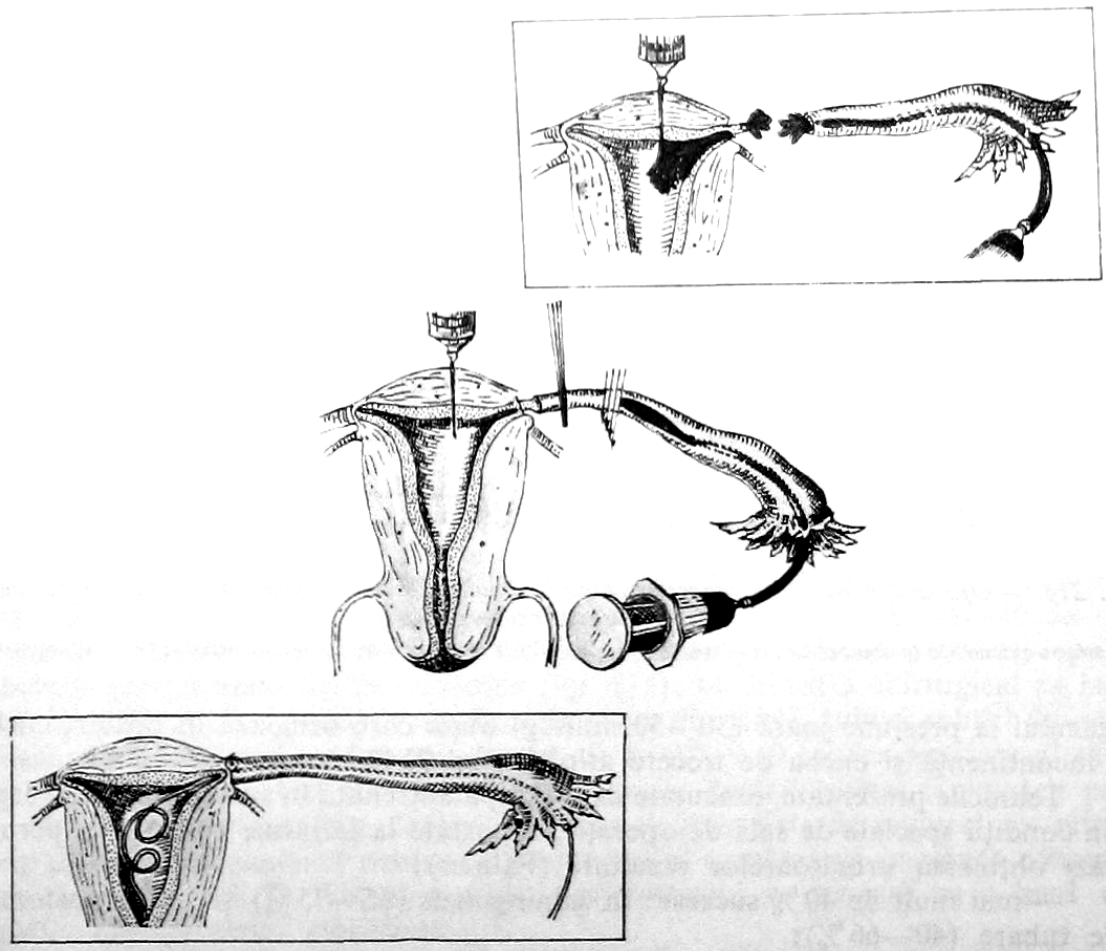


Fig. 213. — Operaţii plastice şi restauratoare pe trompă. Anastomoza tubară termino-terminală istmo-interstiţială, procedeul Erhler. Rezecţia trompei obstruate prin secţiuni succesive pe porţiunea distală.

Sus dreapta : verificarea permeabilităţii ambelor porţiuni tubare. *Jos stînga :* intubarea trompei cu cateter de polietilen şi sutura anastomozei cu 4 puncte seromusculoase. Cateterul se suprimă la sfîrşitul operaţiei (după Sénèze).

REZULTATE

Perfecţionarea tehnicilor chirurgicale, a materialelor de sutură, antibioticele şi corticoterapia şi în special selecţionarea cazurilor au îmbunătăţit foarte mult rezultatele în ultimii ani.

Rezultatele sînt susceptibile să fie şi mai mult îmbunătăţite de tehnica mi- crochirurgiei fără însă ca această metodă să scadă importanţa pe care o are selecţionarea cazurilor în vederea operaţiei.

Cel mai bun procedeu în operaţiile plastice tubare este acela care traumatizează cel mai puţin mucoasa.

Rezultatele se apreciază prin apariţia sarcinii şi nu prin obţinerea permeabilităţii tubare.

Insuflaţia kimografică, la o lună de la operaţie, poate avea o semnificaţie prognostică. Astfel, cel mai bun prognostic îl oferă curba de trecere oscilantă a gazului la presiune joasă (30—50 mmHg) după care urmează în ordine, curba de incontinenţă şi curba de trecere atipică (fig. 214).

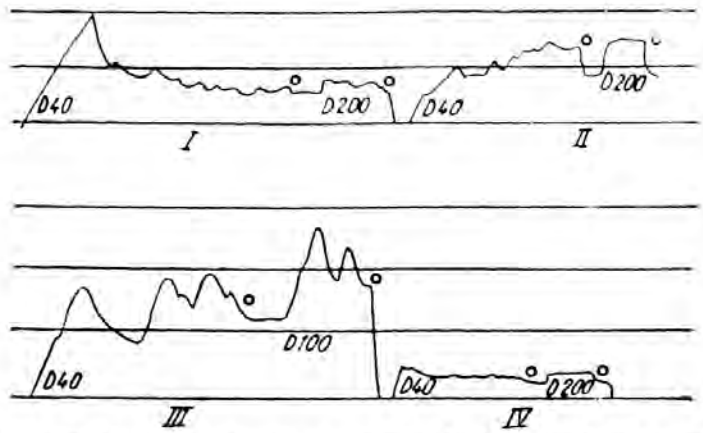


Fig. 214. — Operaţii plastice şi reparatoare pe trompă. Curbe de insuflaţie kimografică după implantare turbo-uterină :

I — trecere oscilantă la presiune joasă ; *II* — trecere oscilantă atipică ; *III* — trecere oscilantă normală ; *IV* — incontinenţă.

Tehnicile prezentate, executate de o echipă antrenată în acest tip de chirurgie şi în condiţii speciale de sală de operaţie, raportate la leziunile constatate, permit astăzi obţinerea următoarelor rezultate (Palmer):

— mai mult de 40 % succese: în salpingolizis (55—75 %) şi în reanostomo- zele tubare (40—66%);

— în jur de 30% succese: în reimplantarea tubară (27—38%), în codono- lize (29—35%) şi în neosalpingostomia terminală (26—32%);

— în jur de 10—15% succese: în neosalpingostomiile medio-laterale;

—-sub 5% succese: în neosalpingostomia istmică (0—3%), în operaţiile duble, implantare + neosalpingostomie (2—4%), implantare ovariană(0—2%).

Rezultatele care se obţin cu primele 3 grupe de operaţii arată în mod evident pregresele pe care le-a realizat chirurgia plastică şi restauratoare în sterilitatea tubară.

Insuccesele, chiar atunci cînd prin operaţie se obţin trompe permeabile, arată că simpla restaurare a permeabilităţii nu se rezolvă decît parţial funcţiile defectuoase ale trompei. Faptul că aceste operaţii nu ameliorează decît în parte aspectele de fiziologie a trompei (rolul secreţiilor tubare, al cililor şi al peristaltismului în captarea oului şi în fecundaţie) explică de ce procentul global de recuperare prin metode chirurgicale a unei « maternităţi pierdute» este încă mic.

Reintervenţiile în caz de nereuşită oferă rezultate şi mai slabe. Celio- scopia de control şi unele mici intervenţii intracelioscopice (secţionare de bride) dau unele rezultate înainte de a se decide o reintervenţie.

MICROCHIRURGIA ÎN OPERAŢIILE PLASTICE ŞI RESTAURATOARE TUBARE

Metoda microchirurgiei în operaţiile plastice şi restauratoare tubare a fost introdusă de Swolin (84), Winston (89) şi Gomei (25). Rezultatele obţinute sînt net superioare chirurgiei convenţionale, ceea ce justifică dezvoltarea tehnicilor de microchirurgie în toate centrele în care se practică chirurgia sterilităţii.

PRINCIPII

Metoda microchirurgiei se bazează pe: mărirea structurilor anatomice cu ajutorul unui microscop; instrumente miniaturizate (ca pentru ceasornicărie) pentru disecţie şi sutură; hemostază meticuloasă cu microcoagulator electric bipolar; disecţie şi secţiune a aderenţelor cu bisturiul electric; material de sutură ultrafin.

INSTRUMENTAR

Alături de instrumentele clasice în chirurgia tubară, pentru microchirurgie sînt necesare: microscop de operaţie care măreşte imaginea de 25—40 de ori; pense de disecţie drepte şi curbe, foarfece drepte şi curbe şi port-ace, special fabricate pentru acest tip de chirurgie (fig. 215); un bisturiu chirurgical cu lamă fină, bisturiu electric pentru coagulare, baghete din sticlă, tuburi subţiri din polietilenă, fire de sutură, nylon sau catgut, de 6—10 x 0 cu ace sertizate al căror calibru este de 70—140 microni; foi din plastic pentru izolare (colorate), pară de mină pentru spălare (fig. 216) şi aspirator electric. Este de preferat un microscop de operaţie binocular pentru ca şi ajutorul să urmărească imaginea concomitent cu operatorul. în timpul operaţiei, microscopul se acoperă cu o husă din plastic, transparentă, sterilizată.

INDICAŢII

Sînt aceleaşi ca pentru chirurgia tubară convenţională. Operaţiile care se realizează cel mai bine prin metoda microchirurgiei sînt anastomozele tubare istmice şi istmo-uterine.

ANESTEZIE

Prin intubaţie oro-traheală, operaţiile fiind de lungă durată (6—4 ore).

TEHNICA OPERATORIE

Se bazează pe gesturi precise, delicate şi netraumatizante în manipularea organelor, în disecţia şi reconstrucţia ţesuturilor, în folosirea instrumentelor chirurgicale şi de hemostază. Microchirurgia cere o metodologie tehnică riguroasă care se capătă prin exerciţii prealabile pe animale sau pe piese operatorii. Antrenamentul de echipă este foarte important.

Tehnicile operatorii nu se deosebesc, în principiu, de cele clasice, expuse în capitolul anterior, ci se realizează după regulile microchirurgiei, care sînt:

— acomodarea echipei cu prezenţa microscopului deasupra cîmpului operator;
— masă de operaţie joasă, cu înclinare spre operator de 20—25 grade;
— scaun reglabil pentru operator (se operează aşezat);
— anexa este ridicată şi menţinută în afara abdomenului de cîmpurile moi, umede, cu care se plombează Douglasul;
— se acoperă cîmpurile moi, care izolează Douglasul şi ansele intestinale cu o foiţă din material plastic, de preferat colorată, pentru a feri trompa de orice contact cu materiale celulozice şi pentru a repera mai uşor capetele firelor de sutură;
— disecţia şi hemostaza se fac prin spălare continuă cu ser fiziologic cald; canula de aspiraţie a lichidului, plasată în pelvis, funcţionează permanent;
— hemostaza se face «punctată», în imaginea microscopică, vas cu vas, pe pensa de coagulare:

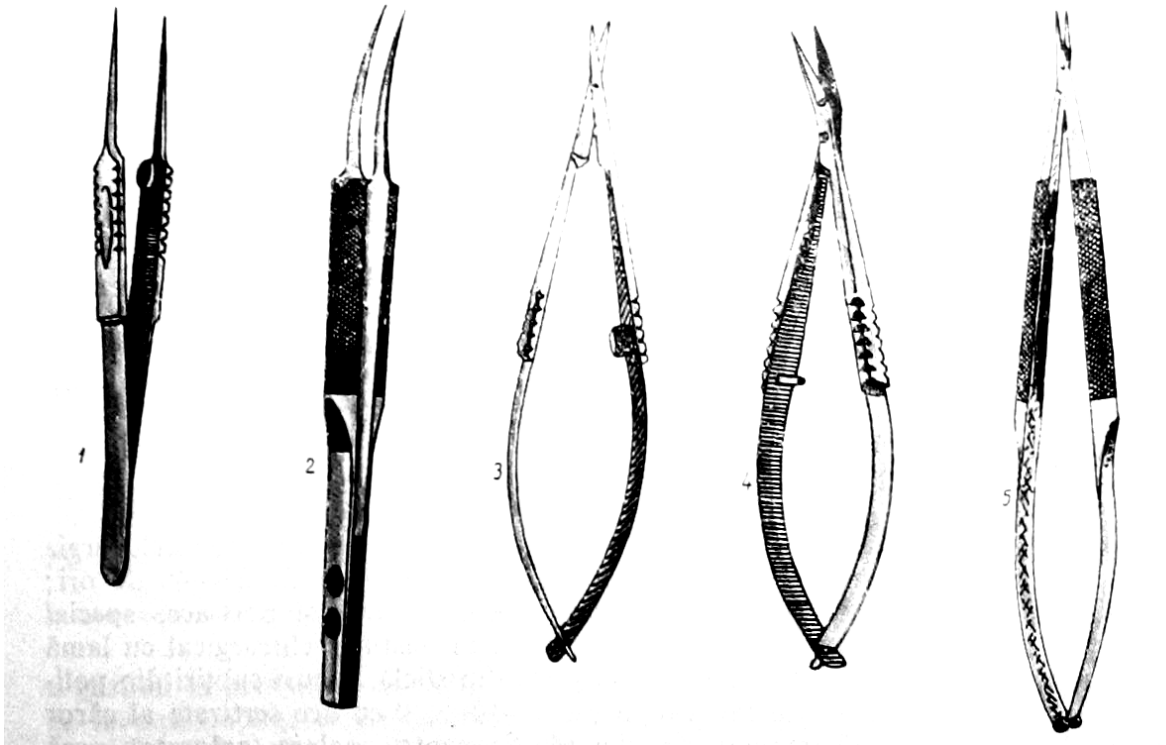


Fig. 215. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi reparatoare tubare.
***Instrumentar**: 1 — pensă de disecţie; 2 — pensă pentru electrocoagulare bipolară; 3 şi 4 — foarfece drept şi curb; 5 — portac.*

Alegerea tipului de operaţie se face intraoperator.

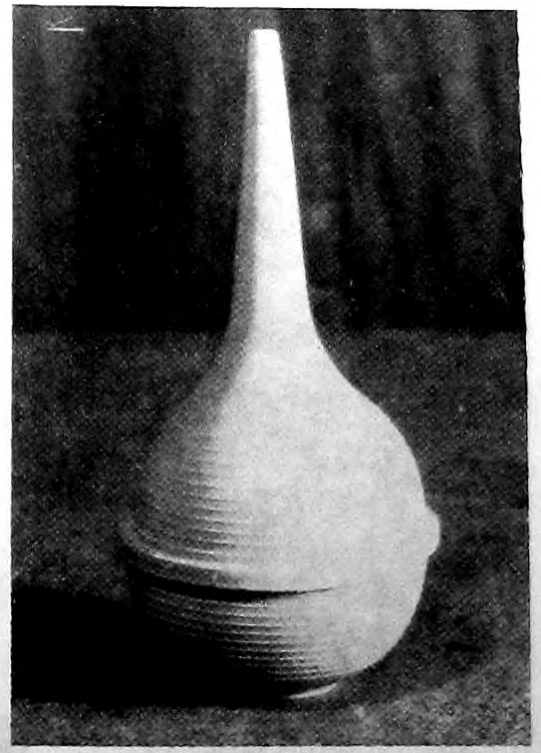


Fig. 216. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi reparatoare tubare. Pară din cauciuc pentru spălarea zonei care se operează cu ser fiziologic.

Tehnica anastomozei tubo-tubare istmice (fig. 217). Se rezecă porţiunea obstruată; se verifică retrograd şi descendent, permeabilitatea ambelor capete; se intubează capetele cu un tub de polietilenă subţire (0,4 mm diametru); sutura se face cu 4 puncte de nylon 8/0, extramucoase, musculo-musculare (primul punct se pune în zona inserţiei mezosalpinxului); al doilea plan sero-seros

afrontează şi foiţele peritoneale ale mezosalpinxului; tutorele din polietilenă folosit se scoate la sfîrşitul operaţiei, sau se exteriorizează pentru cîteva zile la peretele abdominal.

Această tehnică se foloseşte cu rezultate foarte bune (repermeabilizare în 90 % din cazuri) în obstrucţiile tubare după sterilizare chirurgicală (sterilizare reversibilă). Nefiind vorba de procese aderenţiale, corticoterapia intra- şi postoperatorie nu este necesară (Winston a demonstrat experimental că poate întîrzia cicatrizarea).

Tehnica anastomozei tubo-intersti- ţiale sau tubo-uterine (anglo-saxonii o numesc «cornual anastomosis »). Această tehnică a fost descrisă de Erhler în 1963, cu două avantaje: respectă sfinc- terul utero-tubar şi permite în cazul unei nereuşite, reimplantarea trompei în uter.

Zona de obstrucţie se precizează fie prin hidrotubaţie descendentă, fie introducînd prin capătul distal al trompei un stilet curb, cu mîner (fig. 218) care are pe suprafaţa lui un şanţ cu diametrul de 0,45 mm; se secţionează trompa juxtauterin, cu respectarea arcadei arteriale subtubare; capătul porţiunii distale se secţionează transversal, prin secţiuni succesive (fig. 219) pînă cînd apare lichidul colorat (fig. 213-cartuş) sau capătul stiletului devine vizibil; partea proximală este secţionată în tranşe succesive, de cîte 2 mm fiecare, ca în fig. 219 pînă cînd lichidul colorat împins de hidrotubaţia retrogradă se elimină net; folosind jgheabul stiletului (fig. 220) se trece un tub de polietilenă de 0,4 mm diametru care se extrage prin pavilionul trompei; celălalt capăt al tubului se introduce în cavitatea uterină prin porţiunea intramurală a trompei; se aplică un fir de nylon 4/0 pe mezosalpinx care apropie capetele pentru anastomoză; sutura capetelor se face în două straturi, cu fire de nylon 8/0, aplicate extra- mucos, primul musculo-muscular, al doilea sero-seros (fig. 221); tutorele se extrage pe cale vaginală după 3—7 zile de la operaţie.

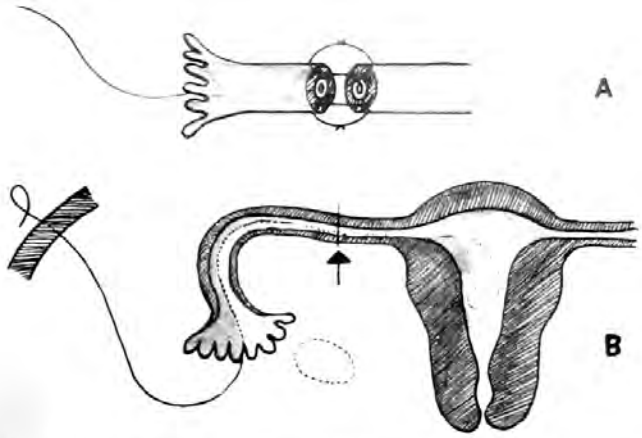


Fig. 217. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi reparatoare tubare. Anastomoza tubo-tubară istmică.

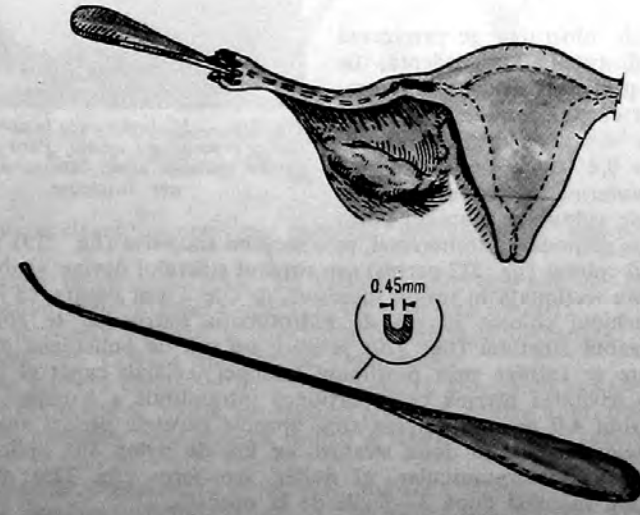


Fig. 218. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi reparatoare tubare. Anastomoza tubo-interstiţială procedeul Erhler. Felul cum se precizează, cu stiletul, zona obstruată. Stiletul cu şanţ pe faţa lui anterioară.

Tehnica neosalpingostomiei terminale. Cecul tubar se secţionează cu bisturiul electric, ca în fig. 222 şi dacă pereţii trompei sînt suplii mucoasa se ever- sează ca în fig. 223, cu ajutorul unor baghete de sticlă. Dacă mucoasa nu se lasă evaginată, se fac incizii «în petale de floare», care realizează franjuri ce se răzbuzează şi se fixează la seroasa tubară cu fire de nylon 8/0 (fig. 224).

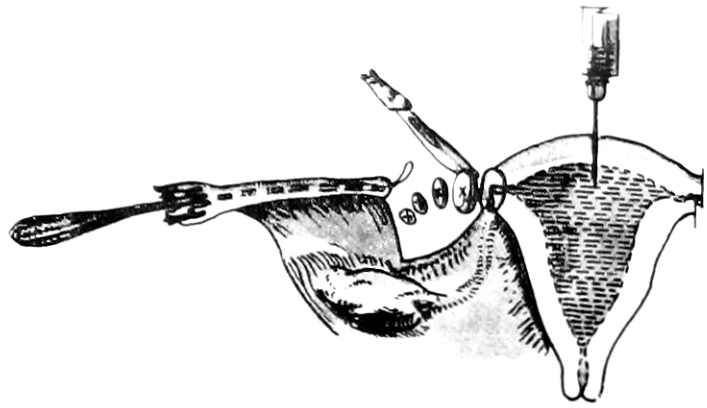


Fig. 219. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi restauratoare tubare. Anastomoza tubo-interstiţială : procedeul Erhler. Felul cum se secţionează în felii succesive capătul distal al trompei.

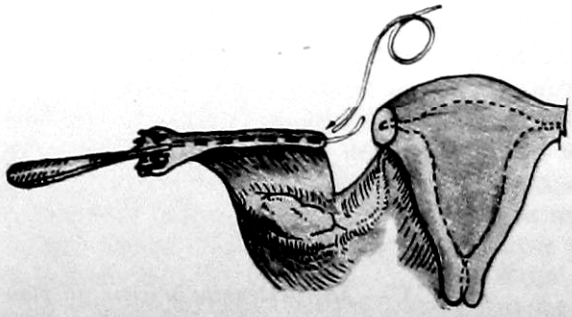


Fig. 220. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi restauratoare tubare. Anastomoza tubo-interstiţială procedeul Erhler. Felul cum este tras tutorele din polietilen în capătul distal al trompei cu ajutorul stiletului cu jgheab.

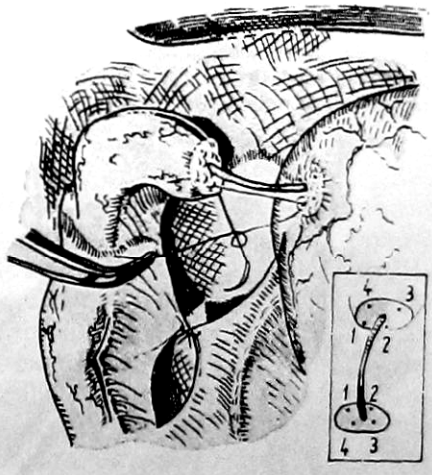


Fig. 221. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi restauratoare tubare. Anastomoza tubo-interstiţială procedeul Erhler. Felul cum se aplică firele de sutură.

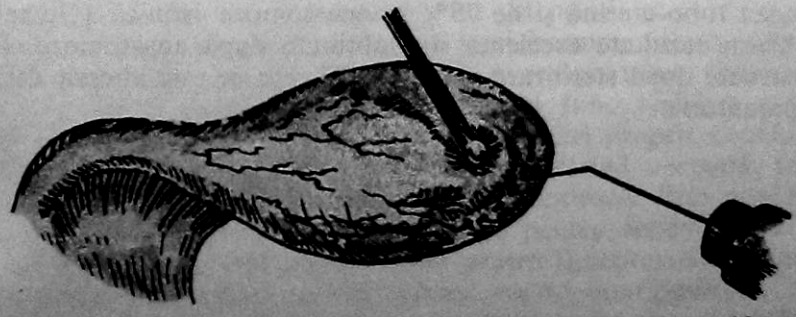


Fig. 222. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi restauratoare tubare. Neosalpingostomia terminală. Incizia ceculuí tubar cu bisturiul electric.

Tehnica anexolizei. Aderenţele perilubare se evidenţiază cu ajutorul unor baghete de sticlă şi se secţionează cu bisturiul electric (fig. 225). Secţionarea aderenţelor se face la oarecare distanţă de peretele trompei pentru a nu se leza seroasa peritoneală.

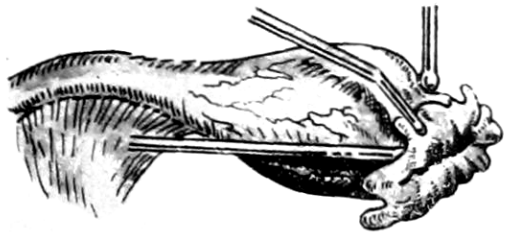


Fig. 223. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi restauratoare tubare. Neosalpingostomia terminală. Felul cum se răzbuzează mucoasa cu baghete de sticlă şi cum se fac incizii «în petale de floare» cu bisturiul electric.

Fig. 224. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi restauratoare tubare. Neosalpingostomia terminală. Operaţia terminată.

Fig. 225. — Microchirurgia în operaţiile plastice şi reparatoare tubare. Anexoliza. Felul cum sînt expuse aderenţele cu bagheta de sticlă şi secţionate cu bisturiul electric.

Microchirurgia reprezintă un mare progres în operaţiile de repermeabi- lizare a trompei. Rezultatele publicate în ultimii doi ani sînt de 60% sarcini în anastomoza tubo-uterină şi de 75% în anastomoza istmică (Gomei 25, Win- ston 90). Aceste rezultate excelente sînt obţinute după anastomoze efectuate pe trompe obstruate după sterilizare chirurgicală, ceea ce este altceva decît obstrucţia postinflamatorie.

CHIRURGIA ÎN PATOLOGIA BENIGNĂ A UTERULUI

Din acest capitol sînt exceptate tehnicile chirurgicale care se adresează malformaţiilor şi modificărilor de statică ale uterului. Acestea sînt descrise în capitolul: operaţii plastice şi reparatoare pag. 404.

Tehnicile chirurgicale pe care le vom prezenta se bazează pe principiul conservării sau restaurării, integrale sau parţiale, a funcţiilor aparatului genital intern. Aceste funcţiuni sînt:

— de producere a menstruaţiei;
— de gestaţie;
— de întreţinere a funcţiei ovariene;
— de menţinere a staticii organelor pelvisului.

Argumente biologice în favoarea chirurgiei conservatoare. Cercetări experimentale (Loeb, Rowson, Kiracofe, Rowlands, Rowe) şi clinice (Pundel, Ri- chards) aduc numeroase argumente care demonstrează rolul uterului în menţinerea funcţiei ovariene. S-a emis ipoteza că uterul intervine în procesul de regresiune a corpului galben printr-un hormon pe care Eckstein îl numeşte luteolizină. Andreoli, după ce reia modalităţile de irigare a ovarului după cele patru tipuri descrise de Mocquot şi Rouvillois (vezi fig. 66), afirmă că «tulburările ovariene consecutive histerectomiei sînt legate fie de deficitul de irigare a gona- delor — consecinţă a ligaturii arterelor uterine, fie de ablaţia conexiunilor utero- ovariene, care se manifestă atît pe cale umorală, cît şi nervoasă, poate în mod reflex ».

Cercetările făcute cu estrogeni marcaţi cu tritiu (Brecher, Gorski, Stone) arată că nu este exclusă participarea uterului în procesul de metabolizare a hormonilor gonadici, în special a hormonilor estrogeni.

Deşi nu s-a putut descoperi existenţa unui hormon uterin, deşi extirparea uterului nu compromite funcţia endocrină a ovarelor, totuşi toate studiile clinice arată că prezenţa uterului este necesară bunei funcţionări a ovarelor. Andreoli, bazîndu-se pe date din literatură şi pe cercetări proprii, conchide: « după cum hipofiza este indispensabilă pentru o funcţie uterină normală, tot aşa ovarul este indispensabil pentru o funcţie uterină normală. Prin analogie, putem afirma că după cum ovarul este indispensabil pentru funcţionarea normală a hipofizei, tot astfel uterul este indispensabil pentru funcţionarea normală a ovarului, încît aceste trei organe se află într-un raport continuu».

Argumente clinice în favoarea chirurgiei conservatoare. Sechelele posthis- terectomiei nu trebuie privite numai prin prisma funcţiei gonadice. Există o

gamă de tulburări de ordin general, neuropsihice, care apar ca urmare a absenţei menstruaţiei, a dispariţiei enteroreceptivităţii uterine, a modificării relaţiilor sexuale.

— *Absenţa menstruaţiei.* Cu cît femeia este mai tînără, cu atît dispariţia bruscă a menstruaţiei este capabilă să producă, pe plan psiho-afectiv, stări nevrotice — în genere sindroame depresive, cu apatie, dezinteresare — şi adevărate psihoze, mergînd pînă la apariţia ideilor de sinucidere (Richou şi Dachary).

Femeia îşi identifică «simţul sexual» cu ovarul şi feminitatea cu uterul. Menstruaţia şi felul cum se manifestă sînt indicative ale feminităţii.

In perioada fertilităţii, femeia suportă cu greu ideea dispariţiei menstruaţiei, chiar dacă prin psihoterapie, este asigurată că după histerectomie ovarele îşi continuă funcţia endocrină sau că, prin tratamente hormonale, se poate foarte bine suplea o eventuală carenţă hormonală. Autori ca Assaei-Avrouskine, Patterson-Craig, Barglow, Laforet, susţin că histerectomia produce psihoze şi frigiditate într-un procent mai ridicat decît toate celelalte operaţii ginecologice la un loc.

— *Absenţa receptivităţii uterine.* Sînt bine cunoscute astăzi, existenţa receptorilor uterini şi legătura acestora cu sistemul nervos vegetativ, cu măduva spinării, cu nucleii de la baza creierului şi cu centrii corticali.

Chiar dacă, în fapt, rolul acestor receptori nu este bine elucidat, ţinînd cont de conexiunile lor cu întreg sistemul nervos, este de presupus că aceştia au o importanţă însemnată în reglarea — în toată complexitatea ei — a funcţiei genitale (Gruber, Spoto).

Reflexul de stimulare hipotalamică prin excitarea colului uterin, foarte bine cunoscut, arată conexiunea continuă nervoasă, care există între uter şi sistemul nervos central, din care putem deduce că suprimarea enterorecepţiei uterine prin histerectomie nu poate să nu aibă repercusiuni negative asupra centrilor diencefalici. Unele tulburări neuro-hormonale consecutive histerectomiei îşi găsesc o explicaţie şi prin acest mecanism patogenic.

— *Viaţa sexuală după histerectomie.* In general ablaţia uterului nu produce repercusiuni asupra vieţii sexuale. De multe ori, ameliorează raporturile sexuale prin dispariţia durerilor legate de procesul patologic care a justificat histerectomia.

Punctul de vedere al lui Dreilich şi Bieber este diferit. Ei consideră că, pe plan afectiv, femeile se tem să nu devină frigide după operaţie şi mai ales sînt preocupate de ideea că partenerul ar putea avea reţineri la gîndul că lipseşte uterul. Ambele aspecte contează în psihologia complexă a femeii şi pledează pentru chirurgia conservatoare.

Datele biologice şi clinice expuse arată importanţa uterului în complexitatea funcţiilor aparatului genital şi justifică atitudinea chirurgicală conservatoare în patologia benignă a acestui organ.

MODALITĂTI TEHNICE PRIN CARE SE REALIZEAZĂ CHIRURGIA CONSERVATOARE A UTERULUI

În acest capitol vor fi prezentate în mod succesiv, tehnicile operaţiilor conservatoare care se fac pe corpul uterului, pe istm, pe col şi pe vasele acestuia, pornind de la cele mai tipice, cum sînt miomectomiile şi miometrectomiile, prin care se respectă toate funcţiile uterului, pînă la cele de ablaţie parţială sau totală a uterului cu păstrarea funcţiei endocrine a ovarelor şi/sau a funcţiei menstruale, cum sînt histerectomiile parţiale (fundice sau subfundice), histerectomiile istmice şi histerectomiile totale, simple. La descrierea fiecărei tehnici chirurgicale se vor discuta şi parametrii anatomo-clinici în care aceste operaţii sînt indicate, precum şi rezultatele pe care le oferă, din punctul de vedere al chirurgiei funcţionale.

CLASIFICAREA OPERAŢIILOR CONSERVATOARE PE UTER

Operaţiile conservatoare pe uter se pot clasifica după trei criterii: anatomice, fiziopatologice şi tehnice.

— Clasificarea anatomică:
— operaţii pe corpul uterului;
— operaţii pe istm; operaţii pe col;
— operaţii pe vasele uterului;
— operaţii pe nervi (rezecţia nervului presacrat).
— Clasificare fiziopatologică:

fibromiomatoză; ■— infertilitatea prin malformaţii; Bjegagerilitatea prin absenţa trompelor; perforaţii; ^-r sinechii; iggt-inversiune; •...fistule; jjjjljj- istmopatii;

— patologia colului;
— hemoragii la naştere.
— Clasificare tehnică.

1. *Operaţii care respectă sau restaurează integral funcţiile uterului:*

— histerotomia şi histerorafia; miomectomia;
— miometrectomia;
— cura inversiunii; ||||- cura sinechiilor;
— cura fistulelor; -^implantarea ovarului în uter;
— istmorafia;
— conizaţia;
— cerclajul colului;
— ligatura arterelor uterine în scop hemostatic; —-chiuretajul cavităţii uterine;
— operaţii plastice în malformaţii;
— rezecţia şi amputaţia colului pe cale vaginală.

2. *Operaţii care respectă numai funcţia hormonală şi/sau menstruală:*

— istmectomia în tumorile de istm;
— amputaţia colului pe cale abdominală;
— histerectomia parţială, fundică sau subfundică;
— histerectomia subtotală istmică cu păstrarea ovarelor;
— histerectomie subfundică cu implantarea uterului la vagin.

3. *Operaţii care respectă numai funcţia hormonală:*

— histerectomia totală simplă cu păstrarea ovarelor.

4. *Operaţii care suprimă şi funcţia hormonală şi funcţia menstruală:*

— histerectomie cu anexectomie.

Operaţiile plastice pentru malformaţii şi rezecţia şi amputaţia colului pe cale vaginală sînt descrise la capitolul: operaţii plastice şi reparatoare (A. Pândele—pag. 422).

1. TEHNICI CHIRURGICALE CARE RESPECTĂ SAU RESTAUREAZĂ INTEGRAL FUNCŢIILE UTERULUI

a) HlSTEROTOMIA ŞI HISTERORAFIA

Definiţie. Această operaţie diversificată în privinţa indicaţiilor şi execuţiei tehnice înseamnă, în esenţă, incizia miometrului cu deschiderea cavităţii uterului, urmată de sutura pereţilor.

Cu excepţia perforaţiilor, incizia se face, fie pe faţa anterioară, fie pe faţa posterioară a uterului.

Operaţia se face frecvent pe cale abdominală, mai rar pe cale vaginală.

HlSTEROTOMIA ŞI HISTERORAFIA PE CALE ABDOMINALĂ

Indicaţii: tumori endocavitare (polip fibros, placentom) diagnosticate prin histerorafie şi care nu pot fi extirpate pe cale vaginală; corpi străini încarceraţi (capete de laminarie, sterilet); sinechii; resturi placentare; perforaţii; avort mare terapeutic (mică cezariană); operaţia cezariană.

Contraindicaţii: piometrie, polip sfacelat şi infectat, polip malign (examenul anatomo-patologic extemporaneu este necesar).

Condiţii de efectuare. Unele operaţii se fac « la rece », ca de exemplu tumorile endocavitare şi avortul terapeutic şi pregătirea preoperatorie se face ca pentru orice laparotomie ginecologică; altele, ca de exemplu perforaţiile şi operaţia cezariană se fac în condiţii de urgenţă şi un bilanţ biologic nu poate fi decît rareori estimat (hematocrit, hemogramă, sumar de urină etc.).

Problemele de anestezie sînt diferite, în raport cu starea de urgenţă şi cu terenul gravid (la operaţiile cezariene).

Tehnică. Tehnica operatorie diferă în raport cu indicaţiile. Vom descrie:

— tehnica histerotomiei în tumorile endocavitare; ^—tehnica histerorafiei în perforaţii;
— tehnica histerotomiei în mica cezariană;
— tehnica histerotomiei în operaţia cezariană.

Tehnica histerotomiei cu indicaţii ginecologice. Incizie Pfannenstiel sau mediană. Se exteriorizează uterul în plagă şi se izolează bine cu cîmpuri moi umede. Se explorează prin palpare pereţii uterului. Cu bisturiul se face o incizie longitudinală, mediană, de preferinţă pe faţa anterioară a uterului (poate fi prelungită în jos, prin decolarea peritoneului utero-vezical).

Se deschide cavitatea uterului şi se apucă tumoarea cu o pensă Museux ca în fig. 226; tumoarea se extirpă prin torsionare, dacă este pediculată, sau prin excizie cu foarfecele curb, dacă are o bază de implantare mare.

Sinechiile se secţionează la vedere; corpii străini se extrag cu pensa; resturile ovulare se chiuretează.

Fig. 226. — Histerotomia abdominală. Extirparea polipului endocavitar.

Se controlează cavitatea digital, se lasă praf de marbadal (sulfamide) şi se suturează pereţii (histerorafie) în două ■ straturi, cu fire separate de catgut. Firele primului strat se trec în afara endometrului.

Se înlătură cîmpurile de izolare, se reintegrează uterul în abdomen şi se controlează hemostaza; peretele abdominal se reface fără drenaj, după ce s-a lăsat în cavitatea peritoneală penicilină dizolvată.

Rezultatele acestei tehnici sînt excelente şi prognosticul îndepărtat, inclusiv cel obstetrical, este foarte bun.

Tehnica histerorafiei în\ perforaţii. Cele mai frecvente perforaţii uterine care necesită intervenţii imediate sînt acelea produse în timpul chiuretajului abortiv sau a curetajului pentru resturi (avortul incomplet). Laparotomia este singura cale de control şi de reparare a leziunilor produse. In chirurgia anilor trecuţi se recurgea, de regulă, la histerectomie. Astăzi, datorită antibioterapiei, histerectomia este excepţională, fiind înlocuită de histerorafie, cea mai simplă operaţie conservatoare pe uter.

După ce se deschide abdomenul, al doilea timp al operaţiei este localizarea L_ perforaţiei şi controlul viscelor adiacente (vezică, rect, sigmoid, intestine subţiri) şi a epiploonului; se evacuează sîngele din peritoneu şi se izolează marea cavitate abdominală cu cîmpuri moi, umede; se exteriorizează uterul în plagă şi se izolează cu cîmpuri moi, dacă perforaţia este vizibilă (în

general la fundul uterului); dacă perforaţia este la nivelul istmului însoţită de hematom subperitoneal, se pun depărtătoare fixe, pentru mai muliă lumină în profunzime.

Perforaţiile recente, mici, situate la fundul uterului se suturează cu 1—2 puncte separate de catgut (histerorafie).

Perforaţiile mai vechi şi cele mari, anfractuoase, impun, obligatoriu, excizia marginilor necrozate, pînă în grosimea ţesutului muscular sănătos (sîngerînd), înainte de a se trece la sutură.

Perforaţiile de la nivelul istmului se însoţesc de hematoame subperitoneale şi sînt mai greu de reperat (necesitînd deschiderea ligamentului larg corespunzător) şi la fel de greu de suturat, cu dificultăţi de hemostază (artera uterină sau ramuri din ea putînd fi rupte) şi de evitare a lezării ureterului (dificil de descoperit în masa de sînge).

In toate situaţiile se controlează cavitatea uterină, prin histerotomie mediană sau lărgind orificiul perforaţiei, şi se extrag prin chiuretaj instrumental «la vedere», eventualele resturi.

Muşchiul uterin este friabil din cauza stării de graviditate şi, pentru ca firele de sutură să nu «taie», nu trebuie prea mult strînse sau, mai bine să fie aplicate în X sau în 8.

Leziunile asociate ale organelor vecine şi rezolvarea lor chirurgicală (vezi- corafie, enterorafie, rezecţie de intestin) nu exclud chirurgia conservatoare la nivelul uterului, decît în situaţia în care prezenţa uterului împiedică repararea acestor leziuni capabile de complicaţii mortale, sau starea uterului este iremediabil compromisă de infecţia asociată şi extirparea lui suprimă focarul de infecţie şi creează posibilităţi mai largi de drenaj chirurgical, decliv.

Drenajul cavităţii abdominale nu este necesar în cazurile recente şi simple. Pentru formele complicate se apreciază de la o situaţie la alta, drenajul cu tub Redon aspiraţiv fiind util ca măsură de siguranţă pentru primele 48 ore după operaţie.

Antibioterapia intraperitoneală, înainte de închiderea abdomenului, şi postoperatorie este obligatorie. Protecţia pe care o oferă împotriva infecţiei asigură succesul chirurgiei conservatoare în perforaţiile uterine, atît în ceea ce priveşte prognosticul vital, cît şi prognosticul de viitor, în special prognosticul obste- trical, —ştiut fiind că suturile chirurgicale la adăpostul antibioterapiei lasă cicatrice solide, care nu produc rupturi în cursul sarcinii.

Tehnica histerotomiei în «mica cezariană». Indicaţii: în sarcina de 18—22 săptămîni (avort terapeutic). Motivele sînt, fie patologia gravidei, fie patologia oului (genetică, diagnosticată prin amniocenteză). Unele hemoragii vaginale produse de placenta praevia constituie o indicaţie de urgenţă.

întreruperea sarcinii prin histerotomie este justificată şi de necesitatea sterilizării chirurgicale, concomitente.

Condiţii de efectuare. La cazurile programate, importantă este alegerea anesteziei în raport cu patologia gravidei care justifică indicaţia avortului terapeutic; un bilanţ complet al balanţei biologice este necesar. La cardiopate se recurge la anestezia locală. La cazurile de urgenţă (hemoragii) se cercetează grupul sanguin şi se iau toate măsurile de reanimare intraoperatorie, sub anestezie generală.

Tehnica. Laparotomie mediană subombilicală; se izolează pereţii abdomenului cu cîmpuri mici; se introduc în flancuri, de o parte şi de alta, cîmpuri moi, rulate sub formă de ţigaretă. Nu este nevoie de depărtător autostatic nici de exteriorizarea uterului din abdomen; se aplică cel mult, valva suprapubiană Doyen.

Exteriorizarea uterului presupune o incizie mai mare la piele sau prelungirea ei. Exteriorizarea se face cu mîna, niciodată cu pense aplicate pe uter. Pentru a se evita prelungirea inciziei se fac manevre asinclitice de exteriorizare a uterului. Uterul exteriorizat se izolează cu cîmpuri moi.

Cu bisturiul se face o incizie mediană (mai puţin hemoragică) pe faţa anterioară a corpului uterin, de jos în sus, lungă de aproximativ 8 cm. Incizia în grosimea miometrului se face progresiv pentru a nu deschide sacul ovular; în momentul cînd se vede sacul ovular, fie placentă, fie membrane, se introduce indexul ca în fig. 227, care decolează în sus oul şi permite completarea inciziei. Oul se extrage prin decolare digitală. Cu o chiuretă fenestrată, nr. 7—8, se chiure- tează caduca şi eventualele resturi placentare.

Peretele uterului se suturează în două straturi, cu fire separate de catgut nr. 2: primul strat musculo-muscular, extramucos; al doilea strat musculo-se- ros. La al doilea strat se pot intercala cîteva puncte cu fire de nylon, de siguranţă, tăiate scurt, sau înodate intramiomelrial.

Dacă este cazul, se procedează la sterilizare chirurgicală, tubară, bilaterală (procedeul Săvulescu, Madlener sau Pommeroy, vezi pag. 146) după care se suturează peretele abdominal în planuri anatomice.

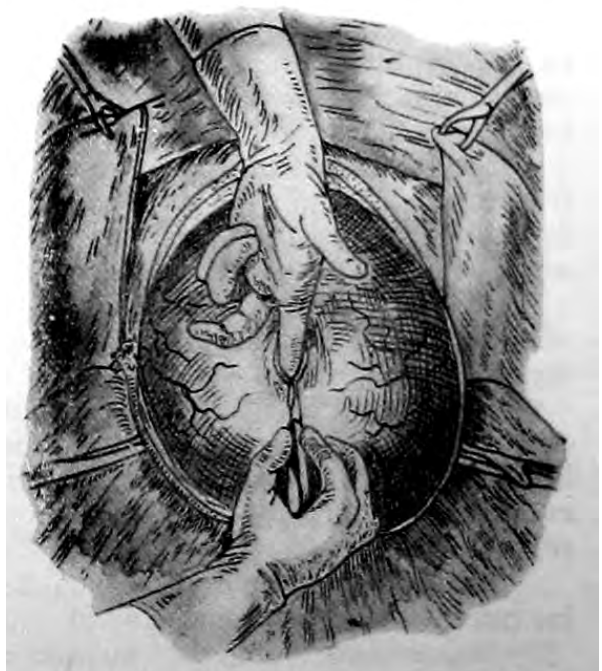


Fig. 227. — Histerotomia. Mica cezariană. Incizia peretelui anterior al uterului; indexul decolează membranele ovulare şi ghidează secţiunea (după Mocquot).

Tehnica histerotomie zi tn operaţia cezariană. Operaţia cezariană se face prin incizie transversală la nivelul segmentului inferior.

Această incizie este justificată de structura anatomică a segmentului inferior : foiţa peritoneală viscerală este decolabilă; peretele muscular este subţire (0,3—0,5 cm) şi în afară de stratul superficial cu fibre longitudinale, celelalte două straturi au fibrele orientate transversal; plexurile venoase sînt mai puţin dezvoltate; ţesutul conjunctiv este mai bogat; mucoasa uterină (caduca) este mai subţire.

Segmentul inferior are o înălţime de 8—10 cm şi o lărgime de 9—12 cm, ceea ce permite o incizie transversală suficientă în lungime, uşor de făcut din cauza peretelui subţiat, mai puţin hemo- ragică, vasele fiind şi ele în direcţia fibrelor transversale, lesne de suturat şi de apropiat straturile musculare, caduca fiind subţire.

Incizia segmentului inferior se poate completa prin disocierea digitală a fibrelor transversale, ceea ce, împreună cu ţesutul conjunctiv local, bogat, asigură o cicatrice suplă şi rezistentă. Pereţii inciziei, fiind subţiri, oferă posibilitatea suturii într-un singur strat, condiţie favorabilă unei şi mai bune cicatrizări.

Indicaţii. Frecvenţa operaţiilor cezariene este între 5—8%. Indicaţiile operaţiei cezariene sînt absolute şi relative, în interesul mamei şi/sau al fătului, profilactice şi de necesitate.

Momentul operaţiei. Operaţia cezariană se face fie programată (indicaţii profilactice), fie în travaliu (indicaţii curative), fie de urgenţă (indicaţii de necesitate: suferinţă fetală acută în prolabarea de cordon; hemoragia gravă din placenta praevia; sindromul de preruptură în distociile de angajare; dezlipirea placentei normale inserate cu fătul viu; apoplexia utero-placentară).

Condiţii preoperatorii. Prima condiţie este ca indicaţia operatorie să fie întemeiată (evitîndu-se cezarienele de complezenţă) şi fătul viu. Cezariana pe făt mort sau cezariana pe făt viu, mama agonică sau moartă, sînt excepţii.

Operaţia cezariană profilactică, pe membrane intacte, la începutul travaliului, sau după probe scurte de naştere cu membrane rupte, oferă condiţii optime în alegerea anesteziei, în pregătirea gravidei şi în execuţia tehnicii operatorii.

în operaţiile cezariene de urgenţă, condiţiile sînt diferite de la caz la caz, şi, deşi tehnica operatorie este aceeaşi*— cu excepţia cezarienei pe făt viu şi mama moartă, în care se face o incizie rapidă pe corpul uterin — rezultatele sînt mediocre, strîns legate de starea gravidei şi a fătului, de timpul scurs de la indicaţie la execuţia tehnică şi în mod cu totul esenţial, de condiţiile de reanimare intra- şi postoperatorii.

Contraindicaţii. Contraindicaţiile sînt numai relative: fătul mort — indicaţie de embriotomie; hidrocefal — indicaţie de embriotomie; infecţie gravă intraamniotică — indicaţie de operaţie cezariană extraperitoneală sau histerectomie în bloc.

Anestezia. La cezarienele profilactice se alege între anestezia loco-regională şi anestezia generală (se dă preferinţă anesteziei peridurale); la cezarienele de urgenţă numai anestezia generală prin intubaţie oro-traheală, cu 2 catetere ve- noase şi 1 litru de sînge izogrup la îndemînă.

Poziţia gravidei: decubit dorsal cu Trendelenburg de 15° şi înclinare laterală stîngă de 10°, pentru degajarea venei cave inferioare (se evită hipotensiunea pos- t urată).

Asepsia pielii se face cu iod, pe toată suprafaţa abdomenului şi pe flancuri de la rebordul costal pînă la 1/3. superioară a coapselor. Se lasă sondă Foley în vezică pentru controlul diurezei (urina hematurică atrage atenţia asupra unei eventuale leziuni vezicale). Cîmpurile se orînduiesc ca pentru orice laparotomie subombilicală.

Echipa operatorie este formată din 3: operatorul şi două ajutoare; al 3-lea instrumentează şi va primi copilul; operatorul stă în stîngă.

Instrumentar: obişnuit; nu este nevoie de depărtătoare fixe; valva supra- pubiană Doyen este suficientă. Nu se folosesc comprese mici, ci numai cîmpuri moi; acestea se contabilizează în momentul cînd se aruncă.

Tehnica. Incizia pielii şi deschiderea cavităţii peritoneale: Pfannenstiel sau mediană subombilicală, după obişnuinţa chirurgului şi pretenţiile estetice ale gravidei. Preferinţa este pentru incizia Pfannenstiel în plică suprapubiană (evită eventraţiile). Incizia mediană începe la plică suprapubiană şi se opreşte la un lat de deget sub ombilic. Nu este nevoie de o deschidere mai mare a peretelui abdominal. Se evită prelungirea inciziei spre « muntele lui Venus » (hemoragie şi pericol de infecţie); dacă este nevoie, incizia se prelungeşte uşor, în sus. Incizia mediană se preferă în urgenţe (suferinţa fetală, placenta praevia, apoplexie).

Dacă operaţia se face sub anestezie generală, se merge «contra-cronometru» pînă la extragerea copilului (nu se pierde timpul nici cu hemostaza la perete, nici cu izolarea marginilor inciziei); sub anestezie peridurală se pot respecta toate regulile chirurgicale (hemostază, izolare).

Pregătirea cîmpului operator. După deschiderea cavităţii abdominale se aplică deasupra simfizei valva Doyen şi se blochează flancurile cu cîmpuri moi, făcute suluri, unul de o parte şi altul de alta, între laturile uterului şi pereţii abdomenului. Se examinează segmentul inferior, se apreciază înălţimea lui şi locul unde se găseşte fundul de sac vezico-uterin. Limita superioară a segmentului inferior este acolo unde peritoneul visceral aderă la miometru.

Incizia seroasei peritoneale viscerale. Se face o incizie mică cu bisturiul, transversală, la un bun lat de deget sub limita superioară a segmentului inferior, acolo unde seroasa este decolabilă; cu foarfecele curb, se secţionează peritoneul în dreapta, apoi în stînga, pînă la marginile uterului. Nu este nevoie de decolare spre vezică (peritoneul se plisează singur şi rămîne în exces la peritonizare; spaţiul decolat predispune la infecţii).

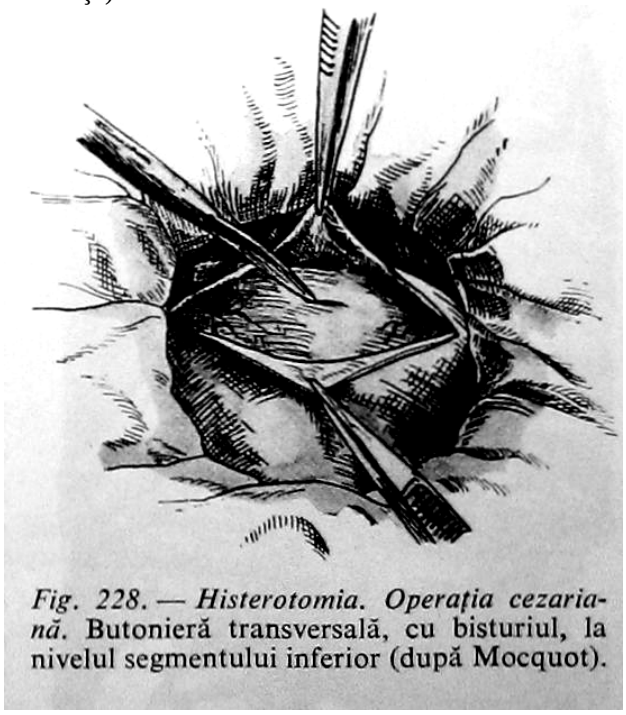


Fig. 228. — Histerotomia. Operaţia cezariană. Butonieră transversală, cu bisturiul, la nivelul segmentului inferior (după Mocquot).

Histerotomia. Se face cu bisturiul o incizie transversală (fig. 228) mediană, lungă 1—2 cm, care interesează toată grosimea segmentului, pînă se văd membranele sau pielea capului, se secţionează membranele şi se pune în funcţiune aspiratorul; incizia se completează cu foarfecele curb (curbura îndreptată cranian), arcuindu-se linia de secţiune, cu cît foarfecele se apropie de marginile uterului, sau se introduce indexul de la ambele mîini şi se lărgeşte deschiderea prin disocierea fibrelor musculare, ca în fig. 229.

Singurele griji la realizarea histerotomiei sînt: să nu fie prea sus, fiindcă este hemoragică (deschide plexuri venoase); să nu fie-prea jos, fiindcă marginea inferioară a segmentului, prea subţire, nu se oferă teren convenabil suturii; să nu se taie pielea capului (cînd se secţionează segmentul inferior) cu bisturiul; să se arcuiască mai bine şi mai prudent extremitatea stîngă a secţiunii segmentului, ştiut fiind că artera uterină se găseşte mai anterior din cauza înclinării uterului spre dreapta.

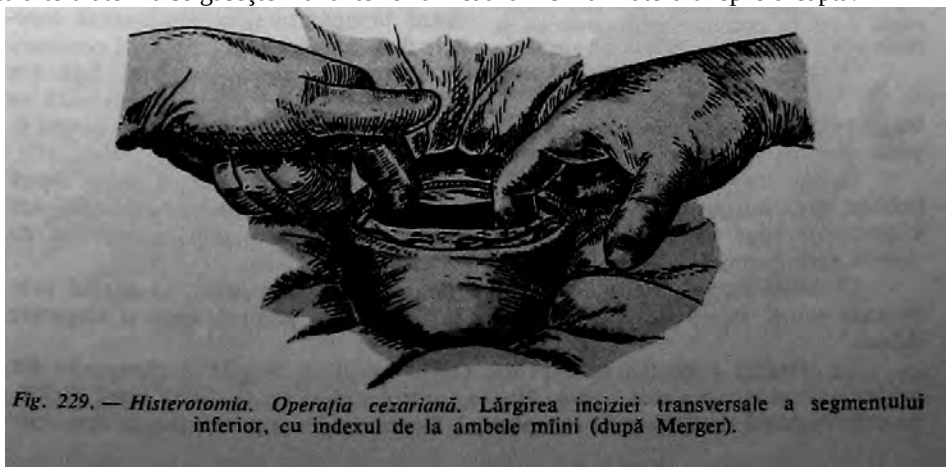


Fig. 229. — Histerotomia. Operaţia cezariană. Lărgirea inciziei transversale a segmentului inferior, cu indexul de la ambele mîini (după Merger).

Extragerea copilului. în prezentaţie craniană este simplă: se introduc degetele de la mîna stîngă sub craniu (fig. 230) care servesc de levier şi cu mîna dreaptă se apasă puternic pe fundul uterului. Primul gest după exteriorizarea craniului: se şterge gura de mucozităţi şi se pensează nasul. Apoi, se apucă craniul, cu ambele palme aplicate pe regiunile parietale şi se extrage umărul posterior, după aceea umărul anterior, prin mişcări de basculare; se secţionează cordonul între două pense Kocher, după cîteva momente de aşteptare; copilul este predat ajutorului 3, care-i leagă cordonul, îi aspiră mucozităţile şi-1 predă medicului neonatolog. Frecvent copiii extraşi prin operaţie cezariană au nevoie de reanimare şi echipa pediatrică trebuie să fie pregătită în acest sens.

Fig. 230. — Histerotomia: operaţia cezariană. Luxarea craniului cu degetele de la mîna stîngă; cu mîna dreaptă se apasă pe fundul uterului (după Merger).

în prezentaţia pelviană şi transversală se apucă piciorul şi se extrage fătul.

Extragerea placentei. Imediat după extragerea copilului se aplică două pense «în inimă» pe marginile inciziei şi se extrage placenta manual. Se recontro- lează cavitatea uterului şi se lasă un cîmp moale, de hemostază. Retracţia uterului este accentuată şi întreţinută cu Methergin, administrat intravenos.

Histerorafia. Se aplică la fiecare comisură cîte o ligatură cu catgut în X, de hemostază, şi capetele se păstrează pe pense Pean, de orientare. Restul inciziei se suturează cu fire separate de catgut în două straturi ca în fig. 231, sau într-un singur strat ca în fig. 232. Firele de sutură se trec extramucos. Se controlează hemostaza şi se secţionează capetele firelor aplicate la cele două comisuri.

Peritonizare. Aceasta se face «în redingotă», astfel: foiţa superioară se trage peste sutura miometrului şi se prinde cu 3—4 fire separate, de catgut 0, peste care se aduce foiţa inferioară cu un surjet (fig. 233).

închiderea peretelui abdominal. Se scot sulurile din flancuri şi se aspiră lichidul revărsat (sînge, lichid amniotic); se aduce epiploonul pe faţa anterioară a uterului, după care peretele abdominal se închide în planuri anatomice, cu sutură intradermică la piele.

Drenajul cu tub Redon, aspirativ, pentru 3—4 zile, plasat în spaţiul subcutanat sau/şi subaponevrotic este util la femeile cu peretele gros şi sîngerare difuză.

La sfîrşitul operaţiei se exprimă uterul astfel ca sîngele şi cheagurile din cavitate să se elimine prin vagin. Nu se controlează şi nu se dilată colul digital, pe cale vaginală decît în mod excepţional, la primigeste şi primipare, la care operaţia s-a făcut înainte de travaliu. Se aplică pungă cu gheaţă pe abdomen în primele 24 ore.

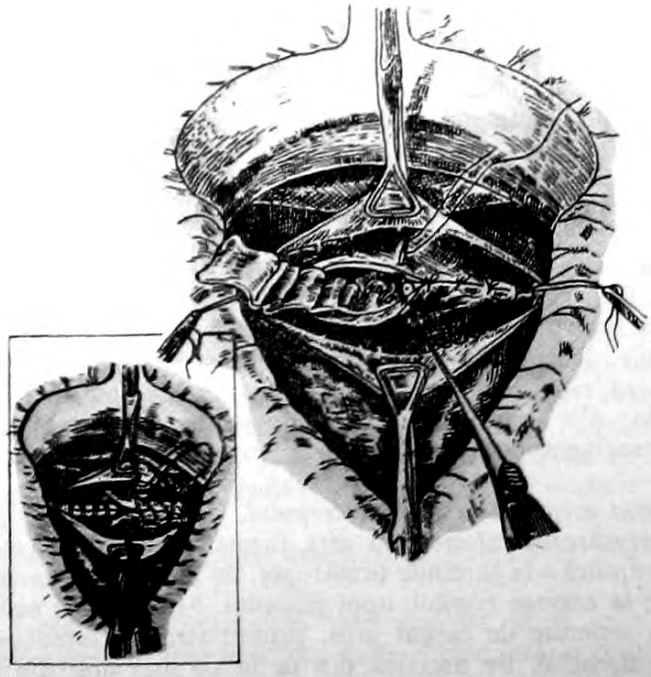


Fig. 231. — Histerotomia. Operaţia cezariană. Sutura segmentului inferior în două straturi, cu fire separate de catgut (după Lacomme).

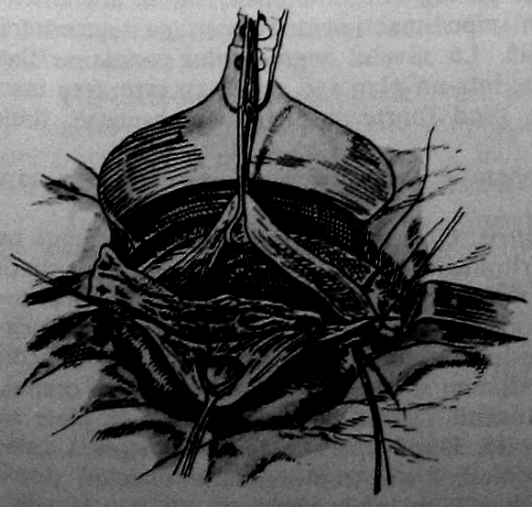


Fig. 232. — Histerotomie. Operaţia cezariană. Sutura segmentului inferior într-un singur strat cu fire separate de catgut (după Merger).

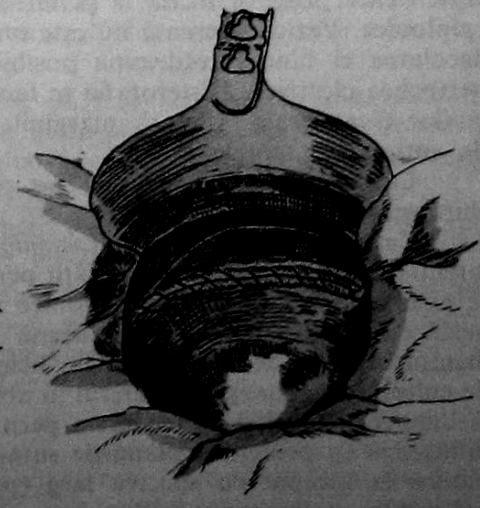


Fig. 233. — Histerotomia. Operaţia cezariană. Peritonizarea «în redingotă» cu surjet de catgut (după Merger).

Variante de tehnică. Histerotomia segmentară prin incizie verticală. Se incizează transversal foiţa peritoneală viscerală şi se decolează lambourile cît se poate de mult, atît în sus, cît mai ales în jos; decolarea se face cu foarfecele bont, cu indexul sau cu tampon montat, mai accentuată pe linia mediană, pînă sub vezică; vezica se protejează cu valva suprapubiană. Segmentul inferior astfel expus se incizează cu bisturiul, median, incizie care se completează cu foarfecele, în sus şi în jos, pe o lungime de 10 cm. Sutura musculară se face în sens vertical, cu peritonizare «în redingotă».

Avantaje. Prin această incizie se evită lezarea pediculilor vasculari laterali şi permite, la nevoie, prelungirea ei în sus.

Dezavantaje. Decolarea largă a peritoneului expune la infecţii; decolarea inferioară creează riscuri pentru vezică şi hemoragie; incizia se prelungeşte şi pe corpul uterin; din această cauză, la care se mai adaugă şi faptul că fibrele musculare ale segmentului sînt secţionate transversal, calitatea cicatricei este diminuată.

Histerotomia mediană Ia nivelul corpului. Se face în mod excepţional, în situaţiile cînd segmentul inferior nu este format, din cauza cicatricei uterine, cu riscuri de « ruptură» la sarcinile următoare. Se face incizie mediană, la nivelul corpului uterin; se extrage copilul, apoi placenta. Muşchiul se suturează în două straturi, cu fire separate de catgut gros, primul strat extramucos.

Cezariana iterativă. Se practică din ce în ce mai des, din cauza creşterii frecvenţei indicaţiei operaţiei cezariene pe «uter cicatriceal».

Operaţia cezariană este singura intervenţie chirurgicală, care se poate repeta de 3—4 ori.

Se excizează vechea cicatrice cutanată, fie la început, fie la sfîrşitul operaţiei; deschiderea peritoneului parietal se face cît mai aproape de ombilic, din cauza vezicii care poate fi fixată la perete şi pe segmentul inferior, sau a aderenţelor epiplooice. Vezica

aderentă nu este un impediment pentru cezariana segmentară, decolarea ei fiind întotdeauna posibilă. La nivelul segmentului incizia se face pe vechea cicatrice. Histerorafia se face într-un plan sau două, cu retuşarea marginilor cicatriceale. Uneori, marginile fiind foarte subţiri, membranoase, firele de sutură sînt totale.

La cererea femeii, după a 3-a operaţie cezariană, se poate face sterilizare chirurgicală.

Cezariana în infecţiile intraamniotice. Operaţiile extraperitoneale făcute cu intenţia izolării absolute a cavităţii peritoneale sînt iluzorii. In asemenea situaţii se exteriorizează uterul din abdomen şi se izolează foarte bine cavitatea peritoneală cu cîmpuri. Operaţia cezariană se face după procedeele obişnuite, pe segmentul inferior. Se recoltează din lichidul amniotic pentru însămînţări pe medii de cultură. Se reintegrează uterul în abdomen şi peretele se suturează fără drenaj, lăsîndu-se penicilină în cavitatea peritoneală. După ce se pun firele la piele se infiltrează cu penicilină planurile suturate. După operaţie se administrează antibiotice la început cu spectru larg (penicilină şi streptomicină), ulterior, după indicaţiile antibiogramei. Pungă cu gheaţă pe abdomen.

Inrideete şi accidente intraoperatorii. Hemoragia prin atonie: se exteriorizează uterul din abdomen, se recontrolează digital cavitatea sau cu chiureta şi la nevoie se injectează in situ ocitocină, sau se repetă administrarea de Methergin intravenos.

Hemoragia în patul rămas după extragerea placentei în inserţiile joase (placenta praevia) prin rupturi vasculare: se face hemostază cu fire de catgut, trecute cu acul, în X. In ambele situaţii, dacă hemoragia nu încetează şi cavitatea este goală, se recurge la ligatura arterelor uterine, cu catgut, uni- sau bilaterală (vezi cap. III).

Hemoragia în placenta praevia acreta sau increta: se face histerectomie totală cu păstrarea anexelor (histerectomie de necesitate).

Hemoragia la nivelul tranşei de secţiune: se face hemostază cu fire în X, sau sutură cu fir continuu (surjet).

Hemoragie prin secţionarea vaselor pediculilor: se aplică pense de hemostază şi ligaturile se trec cu acul. Exteriorizarea uterului uşurează hemostaza, care trebuie să se facă repede şi sigur pentru a se evita hematoamele din parametre.

Incizia transversală pe segment este insuficientă (segment îngust, uter retractat, prezentaţie transversală, făt mare): se completează cu incizie mediană spre corpul uterin (incizie în «treflă»). Această incizie trebuie evitată, fiindcă lasă o cicatrice anormală.

Leziuni vezicale: se suturează imediat, în dublu strat, cu catgut; se lasă sondă vezicală, permanentă 10 zile.

Operaţii asociate. Miomectomia este posibilă după ce s-a închis breşa uterină. Necesită exteriorizarea uterului. Se face prin incizie şi clivaj, în tumorile subseroase şi prin excizie în tumorile pediculate, urmate de histerorafie cu fire separate de catgut în X. Miomectomia este indicată în tumorile solitare uşor accesibile.

Chistectomia în tumorile benigne este de asemenea indicată: se exteriorizează tumoarea şi se preferă chistectomia în locul ovarectomiei.

Sterilizarea tubară nu necesită exteriorizarea uterului. Se face numai după a 3-a cezariană şi cu acordul femeii (în literatură sînt cazuri la care s-au făcut 5—8 cezariene).

Histerectomia de necesitate (vezi pag. 385) se face în trei eventualităţi: în hemoragiile incoercibile şi în apoplexia utero-placentară; în infecţiile intra- amniotice cu făt mort (histerectomie în bloc); în cancerul colului uterin (cezariană corporeală urmată de histerectomie totală lărgită şi ablaţia anexelor).

îngrijiri postoperatorii. Mobilizarea activă după 48 de ore. Antibioterapie de protecţie numai la operaţiile făcute pe membrane rupte.

Rezultate. Rezultatele sînt strîns legate de indicaţii. Complicaţiile postoperatorii sînt posibile (hemoragie, septicemie, peritonită prin dezunirea suturii, embolie) şi mortalitatea maternă este ridicată. Operaţia cezariană nu este anodină, motiv pentru care nu se face decît cu indicaţii bine cîntărite.

Operaţia cezariană executată corect tehnic şi cu evoluţie postoperatorie fără complicaţii, asigură o cicatrice capabilă să reziste la sarcinile următoare.

Mortalitatea copiilor extraşi prin cezariană este mare şi creşterea frecvenţei acestor operaţii nu aduce o contribuţie notabilă la scăderea indicelui mortalităţii perinatale, argument în plus faţă de abuzul care se face cu indicaţiile operaţiei cezariene.

HISTEROTOMIA PE CALE VAGINALĂ

Această operaţie constă din deschiderea cavităţii uterului fie prin cervico- tomie anterioară, fie prin cervicotomie posterioară (cu sau fără colpoceliotomie), fie prin cervicotomie bilaterală comisurală.

Indicaţii. Polip endocavitar, sus situat; fibromiom submucos cu evoluţie în cavitatea uterului; corp străin (capăt de laminarie); operaţie cezariană pe cale vaginală.

Cervicotomie. Această intervenţie este de două feluri: mediană, simplă sau bilaterală, lărgită.

Cervicotomia mediană simplă anterioară. Se apucă buza anterioară a colului cu două pense de col, plasate de o parte şi de alta a liniei mediane de care se trage puternic; cu foarfecele drept se face o secţiune mediană, de jos în sus, pînă la limita fundului de sac vaginal anterior; se realizează o deschidere a canalului cervical cu acces spre cavitatea uterului; incizia se suturează cu fire separate de nylon trecute în afara mucoasei endocervicale. Firele se scot după 10 zile.

Cervicotomie bilaterală lărgită. Aceasta constă din secţionarea colului la ambele comisuri (Segond şi Dartigues).

Se deschide vaginul cu două valve, plasate una anterior şi alta posterior. Cu două pense Museux, aplicate una pe buza anterioară, alta pe buza posterioară, se trage bine colul spre vulvă şi se secţionează comisurile, cu foarfecele drept, pînă la istm. Dacă accesul dincolo de orificiul intern este insuficient, se poate lărgi cu dilatatoare metalice. După terminarea intervenţiei endocavitare, se reconstituie colul cu fire separate de nylon, trecute în afara mucoasei endocervicale şi înnodate în vagin. Firele se scot după 10 zile.

Cervicotomia mediană posterioară. Se execută ca şi cervicotomia anterioară, cu deosebire că se deschide fundul de sac posterior al vaginului (Doderlein). Această cale de acces se foloseşte rar, fiind mai dificilă. Douglasul se lasă mai greu decolat şi deschiderea peritoneului nu poate fi evitată.

Cervicoistmotomie procedeul Leibcic. Prin acest procedeu se evită deschiderea colului şi se pătrunde în cavitatea uterului printr-o incizie lineară la nivelul zonei cervico-istmice, după ce în prealabil a fost decolată vezica (fig. 234).

Cervicohisterotomia mediană anterioară cu indicaţii ginecologice. Se recli- nează vezica urinară cu o valvă şi se trage colul uterului în jos cu două pense Museux aplicate pe buza anterioară; se secţionează colul între cele două pense, cu foarfecele drept; pe măsură ce avansează incizia, se plasează alte două pense Museux pe buzele secţiunii, deasupra primelor. Astfel, secţionînd pe linia mediană şi aplicînd mereu pense pe buzele inciziei se capătă o cale de acces din ce în ce mai largă spre cavitatea uterului.

In drumul ascendent al inciziei, foarfecele poate deschide peritoneul vezico- uterin. Deschiderea cavităţii peritoneale, dacă nu este necesară, se închide imediat cu 1—2 fire de catgut. Astfel cîmpul operator se poate păstra în afara peritoneului.

Pensele Museux desfac buzele plăgii (prin tracţiune laterală) şi aduc uterul cît mai mult spre vulvă (prin tracţiune în jos).

Se explorează cu degetul cavitatea uterului; cu o pensă Museux (dacă tumoarea este de volum mic) sau cu două pense (dacă tumoarea este mare), aplicate pe polul inferior, se extirpă tumora prin răsucire şi tracţiune, după care se chiure- tează toată cavitatea uterului.

Dificultăţi se pot întîlni în tumorile mari cu bază largă de implantare. în această situaţie dacă volumul tumorii permite luxarea uterului în vagin, se deschide peritoneul vezico-uterin şi se procedează ca la miomectomia pe cale vaginală (vezi pag. 246). Dacă mărimea uterului nu permite aceasta se încearcă scoaterea tumorii fie prin hemisecţie după procedeul Lisfranc, extirpîndu-se separat fiecare jumătate (aceasta fiind posibil în tumorile nu prea mari), fie prin îmbucătăţirea tumorii (morcelare), cînd aceasta este voluminoasă (tehnica Doyen sau Segond).

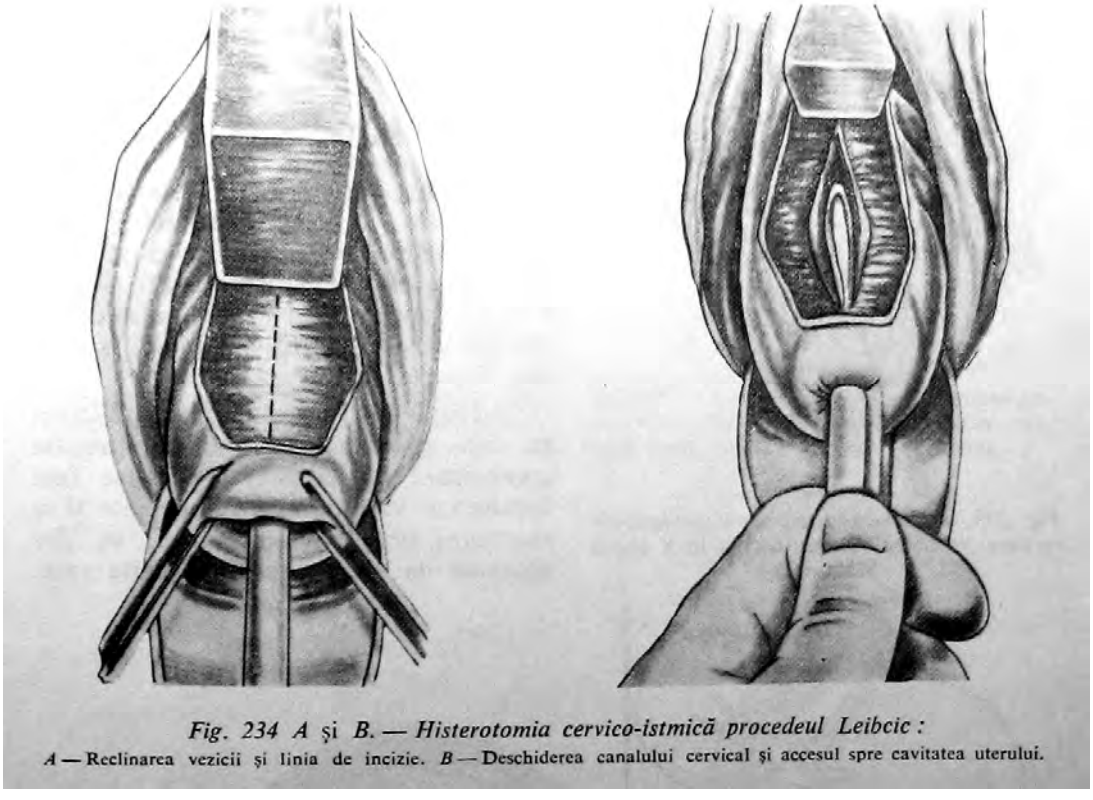


Fig. 234 A şi B. — Histerotomia cervico-istmică procedeul Leibcic :
A — Reclinarea vezicii şi linia de incizie. *B* — Deschiderea canalului cervical şi accesul spre cavitatea uterului.

Tehnica Doyen. După deschiderea fundului de sac vaginal şi recli- narea vezicii se incizează colul median, incizie care se prelungeşte pe faţa anterioară a uterului în formă de Y (fig. 235).

Polul inferior al tumorii este perforat cu un tub larg cu marginile tăioase. După scoaterea cilindrului astfel decupat, rămîne o cavitate în tumoare sub formă de canal (fig. 236). Astfel fibromul poate fi apucat cu o pensă Museux aplicată pe buza acestui canal (fig. 236-cartuş).

îmbucătăţirea tumorii se face extirpînd cu foarfecele bucăţi mai mari sau mai mici, de formă rombică (fig. 237). Secţiunea fragmentului se face — pornind de la pensa aplicată pe tumoare p| prin două incizii în V, completate cu alte două incizii în V răsturnat, apoi, alte incizii în V Ia dreapta şi la stîngă polului inferior al tumorii scot noi fragmente. Pe măsură ce scade volumul tumorii, prin tracţiune în jos, prin mişcări de rotaţie şi de basculare imprimate cu pensa fixată puternic pe colţul V-ului rămas, se desface tumoarea din capsulă i liberează polul superior cu indexul.

Un alt artificiu de tehnică este cel din fig. 238: primul V croit nu se extirpă, ci apucînd şi trăgînd de el, se fac alternativ la dreapta şi la stîngă, incizii profunde dar incomplete, care permit extirparea fragmentului în scară.

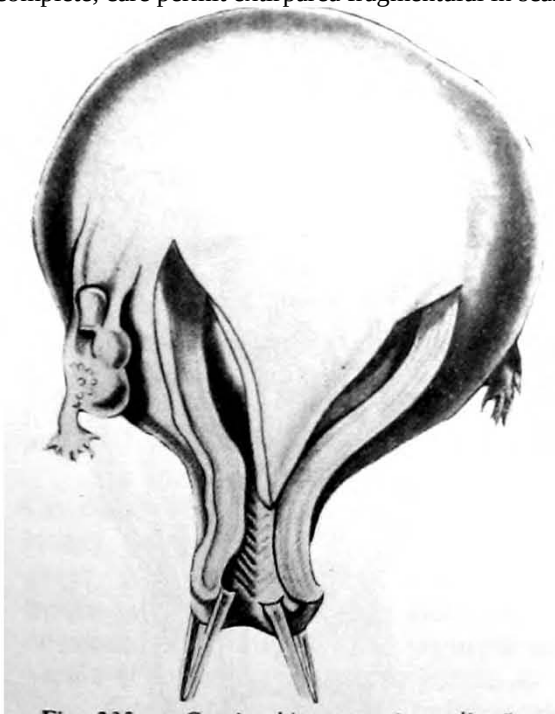


Fig. 235. — Cervico-histerotomie mediană anterioară procedeul Doyen. Incizie în Y (după Mocquot).

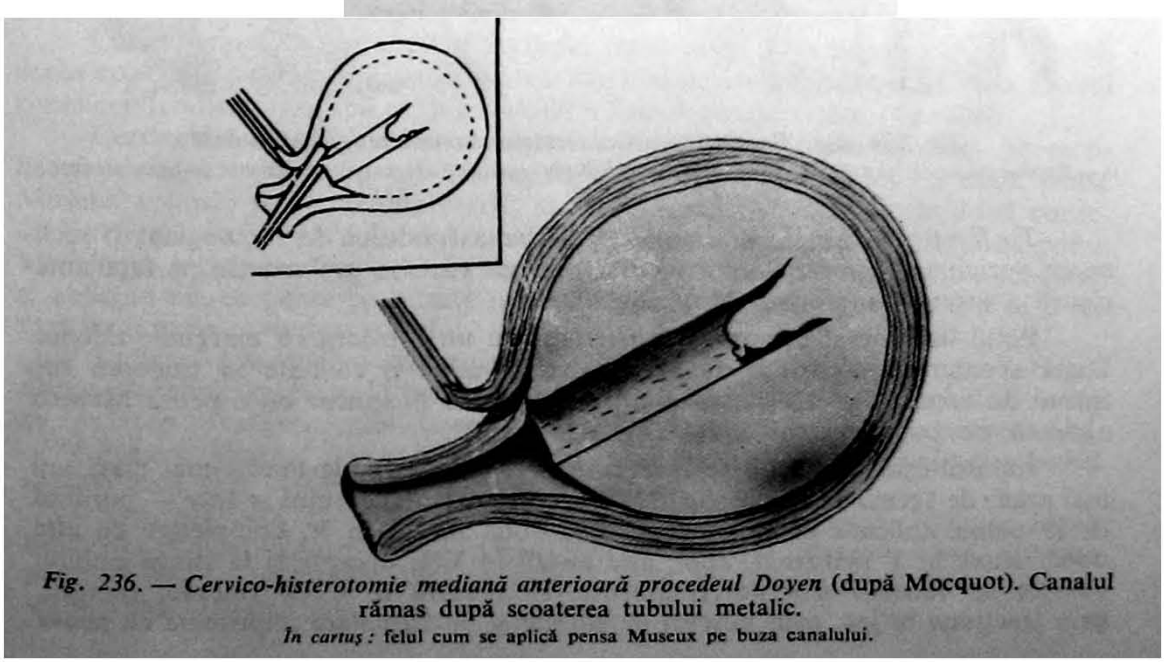


Fig. 236. — Cervico-histerotomie mediană anterioară procedeul Doyen (după Mocquot). Canalul rămas după scoaterea tubului metalic.
În cartuş : felul cum se aplică pensa Museux pe buza canalului.

Tehnica S e g o n d. Această tehnică constă din extirparea conoidă a tumorii. Pentru aceasta sînt necesare: sfredel chirurgical (două bucăţi), pense Museux (3—6 bucăţi) şi un bisturiu cu mîner lung, cu partea tăioasă curbată şi ascuţită pe ambele margini.

Se înfige sfredelul în tumoare şi cu bisturiul se face o incizie conică în jurul acestuia (fig. 239). înainte de a secţiona capătul profund al fragmentului, se face o nouă apucare solidă, înfigînd al doilea sfredel în vecinătatea primului şi aşa mai departe.

După extirparea tumorii indiferent cu care procedeu de îmbucătăţire, se controlează cavitatea uterului, se face hemostaza vaselor mai importante şi se suturează pereţii histerotomiei, cu fire separate de catgut gros. Anumite vase. care nu pot fi legate din cauza profunzimii, se coagulează pe pensă sau se lasă pense pe loc pentru 24 ore. Sîngerarea în masă din cavitate se opreşte introducînd o meşă plisată, care se va scoate după 48 ore.

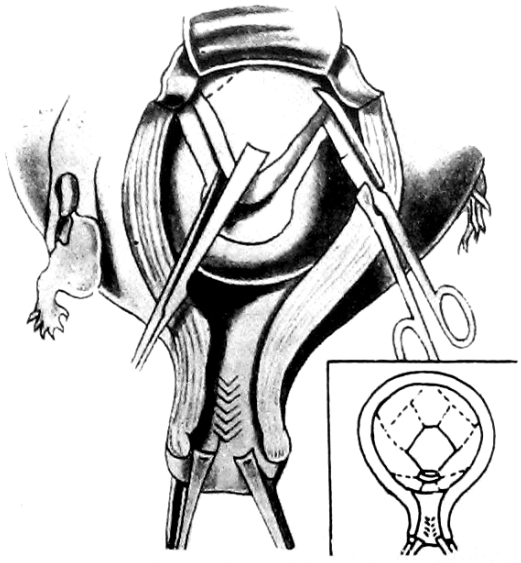


Fig. 237. — Cervico-histerotomie mediană anterioară procedeul Doyen (după Mocquot). Vîrful primului romb este apucat cu o pensă Museux.
În cartuș: romburi succesive.

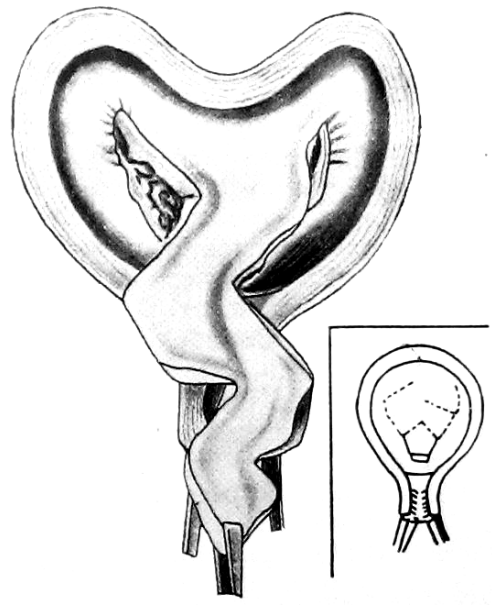


Fig. 238. — Cervico-histerotomia mediană anterioară procedeul Doyen (după Mocquot). Felul cum se fac inciziile în scară.

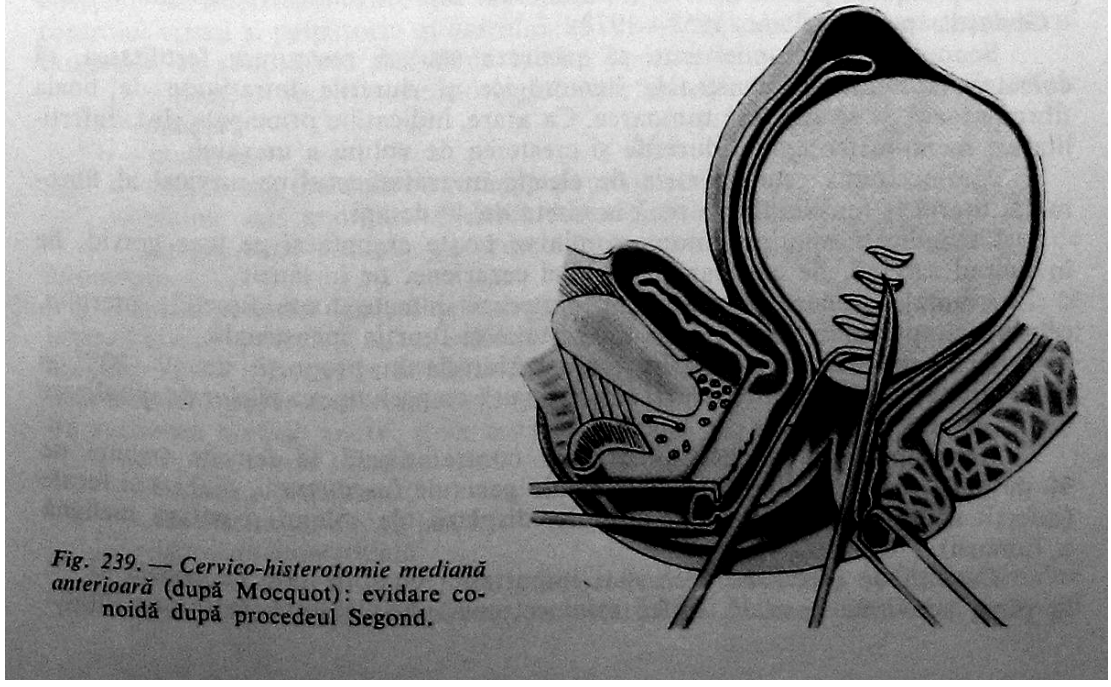


Fig. 239. — Cervico-histerotomie mediană anterioară (după Mocquot): evidare conoidă după procedeul Segond.

Se suturează mucoasa vaginului. Dacă hemostaza nu este perfectă, se poate lăsa o lamă de cauciuc în spaţiul retrovezical.

Cervico-histerotomia mediană anterioară cu indicaţii obstetricale (cezariana vaginală). Este cunoscută sub numele de operaţia lui Diihrssen. Avantajul principal al acestei operaţii este că se face fără deschiderea cavităţii peritoneale. Dezavantajele sînt foarte mari: lumină insuficientă, hemostază dificilă, leziuni vezicale, dificultăţi la extragerea fătului. Are indicaţii excepţionale şi se face numai în centre unde există un mare antrenament în chirurgia pe cale vaginală.

Se incizează fundul de sac vaginal anterior şi se decolează larg spaţiul vezico-uterin. Valvele în baionetă sînt de mare ajutor în îndepărtarea vezicii de faţa anterioară a uterului. Cu foarfecele drept se incizează colul şi segmentul inferior, de jos în sus, pe linia mediană. După extragerea fătului şi a placentei, sutura se face de sus în jos, cu fire separate de catgut. Breşa vaginală se închide, cu fire separate de catgut.

b) MIOMECTOMIA

Definiţie. Prin miomectomie se înţelege extirparea tumorii sau tumorilor fibromiomatoase, cu păstrarea uterului şi anexelor.

Miomectomia este considerată prototipul operaţiei ginecologice conservatoare, fiindcă respectă toate funcţiile aparatului genital.

Indicaţii. Miomectomia se adresează patologiei fibromiomatoase a uterului.

Patologia fibromiomatoasă reprezintă o frecvenţă de 20,3% din totalul bolilor chirurgicale ginecologice, iar miomectomia o frecvenţă de 31,70% din totalul operaţiilor pentru tumori fibromatoase uterine (statistica Spitalului clinic «Giuleşti» pe 20 de ani, 1958—1978).

Scopul miomectomiei este să păstreze sau să restaureze fertilitatea, să corecteze tulburările menstruale hemoragice şi durerile întreţinute de boala fibromatoasă şi să suprime tumoarea. Ca atare, indicaţiile principale sînt: inferti- litatea, meno-metroragiile, durerile şi creşterea de volum a uterului.

Miomectomia este operaţia de elecţie în tratamentul chirurgical al fibromului uterin la femeile tinere pînă la vîrsta de 40 de ani.

Cu indicaţii speciale miomectomia se poate executa şi pe uter gravid, fie în timpul sarcinii, fie cu ocazia operaţiei cezariene, fie în lăuzie.

Avantajele miomectomiei sînt: păstrează intacte toate funcţiile uterului, cele mai importante fiind funcţia de gestaţie şi funcţia menstruală.

Dezavantajele miomectomiei sînt: recidivele în proporţii de 10—20% şi morbiditatea posioperatorie ceva mai crescută cu prelungirea zilelor de spitalizare şi a convalescenţei.

Contraindicaţii. Miomectomia este contraindicată la femeile trecute de 40 de ani. Alte contraindicaţii sînt: bolile generale (cardiopatii, diabet) şi locale (infecţii acute şi subacute pelvi-genitale, displazii ale colului şi natura malignă a tumorii).

Condiţii de efectuare. Cea mai importantă condiţie este ca femeia să fie în plină activitate genitală, altfel miomectomia nu-şi găseşte justificare; limita de vîrstă este de 40 de ani, cînd se urmăreşte restaurarea capacităţii gestative a uterului şi de **45** de ani, cînd miomectomia are ca unic scop păstrarea funcţiei menstruale; tumoarea sau tumorile să fie încapsulate, deci enucleabile; numărul, locul de amplasare şi volumul tumorilor nu constituie decît în mod excepţional o indicaţie pentru histerectomie; anexele să fie sănătoase (în cazul cînd este necesară extirparea ambelor ovare, păstrarea uterului este inutilă); tumoarea de extirpat să nu fie degenerată malign şi să nu fie la nivelul aparatului genital nici o leziune malignă sau capabilă de malignizare.

De aceea, înainte de a se decide miomectomia sînt indispensabile explorări complete paraclinice, unele care să arate starea cavităţii uterului şi a trompelor (histerosalpingografia), altele, care să elimine orice suspiciune de cancer (examen colposcopic, frotiu citologic Babeş-Papanicolau, chiuretaj uterin biopsie, examen anatomo-patologic extemporaneu).

Momentul operaţiei: în prima fază a ciclului menstrual.

Anestezia: generală, prin intubaţie, fiind vorba de operaţii ceva mai lungi.

Pregătirea preoperatorie: ca pentru orice operaţie ginecologică abdominală. La bolnavele febrile, cu excepţia celor la care se bănuieşte necroza fibromului, se amînă operaţia pînă la normalizarea constantelor clinice şi de laborator (hemo- leucograma, viteza de sedimentare a hematiilor) prin repaus la pat şi tratamente antiinflamatorii şi antianemice.

Tehnica. Miomectomia se poate realiza, în raport cu sediul tumorii, ne
pe cale abdominală fie pe cale vaginală.

MIOMECTOMIA PE CALE ABDOMINALĂ

În chirurgia conservatoare a organelor genitale interne se preferă calea abdominală, fiindcă permite controlul întregii regiuni endopelviene, liberarea anexelor de aderenţe, extirparea apendicelui, corectarea retrodeviaţiilor. Prin controlul vizual şi palpatoriu al uterului, în raport cu sediul, mărimea şi numărul tumorilor, se adoptă cea mai bună tactică operatorie.

în raport cu tactica operatorie folosită, miomectomiile se clasifica astfel:

— simple;
— multiple;
— simple sau multiple cu rezecţie de miometru;
— simple sau multiple cu deschiderea cavităţii uterine;
— simple sau multiple cu deschiderea cavităţii uterine şi rezecţie de miometru.

Incizia peretelui abdominal: laparotomie Pfannenstiel sau mediană; se luxează uterul în plagă şi se izolează cavitatea peritoneală cu cîmpuri moi, umede; un cîmp moale introdus în Douglas face ca operaţia să se execute în afara abdomenului, fără depărtătoare fixe; se examinează uterul la vedere şi prin palpare, de asemenea ambele anexe, şi se hotărăşte tactica de urmat.

Se *întîlnesc trei situaţii:*

— tumoare pediculată;
— tumoare subseroasă sesilă;
— tumoare interstiţială.

Extirparea tumorii pediculate (polipectomie abdominală) se face secţionînd pedicului razant cu inserţia lui pe uter, cu bisturiul sau cu foarfecele. Dacă pedicului este gros, se face o incizie ovalară în jurul bazei de implantare (fig. 240) şi tumoarea se detaşează cu foarfecele curb. Suprafaţa singerîndâ rămasă se suturează cu fire separate de catgut. Hemostaza se face cu firele de sutură. Firele se stnng încet ca să nu taie; se poate face şi o bursă hemostatică (fig. 241 A şi B).

Extirparea tumorii subseroase se face astfel: se trage de tumoare cu o pensa de col sau Museux şi cu bisturiul se face o incizie eliptică la baza ei: detaşarea tumorii se continuă cu foarfecele curb; în tumorile mai mari se poate recurge la hemisecţie; sutura se face în raport cu profunzimea patului rămas: într-un singur strat, sau în două straturi, cu fire separate de catgut, sau cu fire în X şi surjet ca în fig. 242.

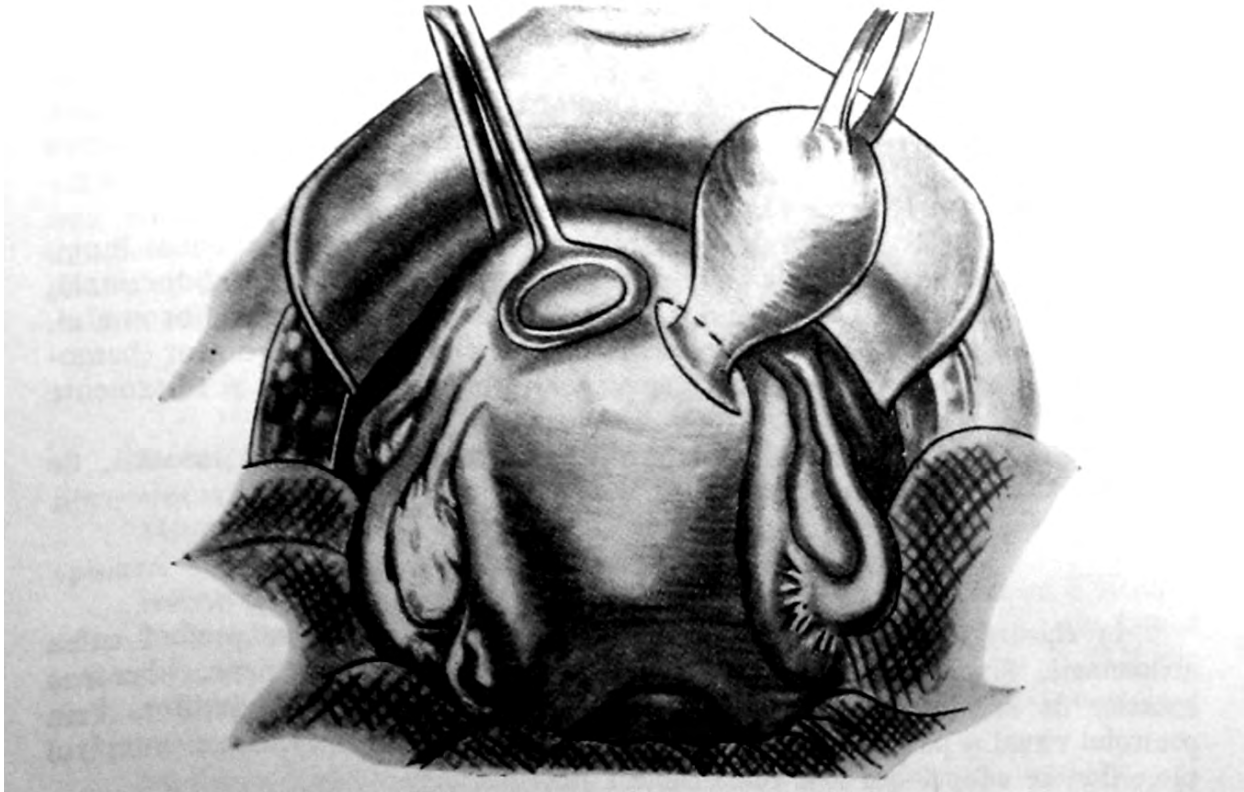


Fig. 240. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se extirpă tumorile pediculate (polipectomie).

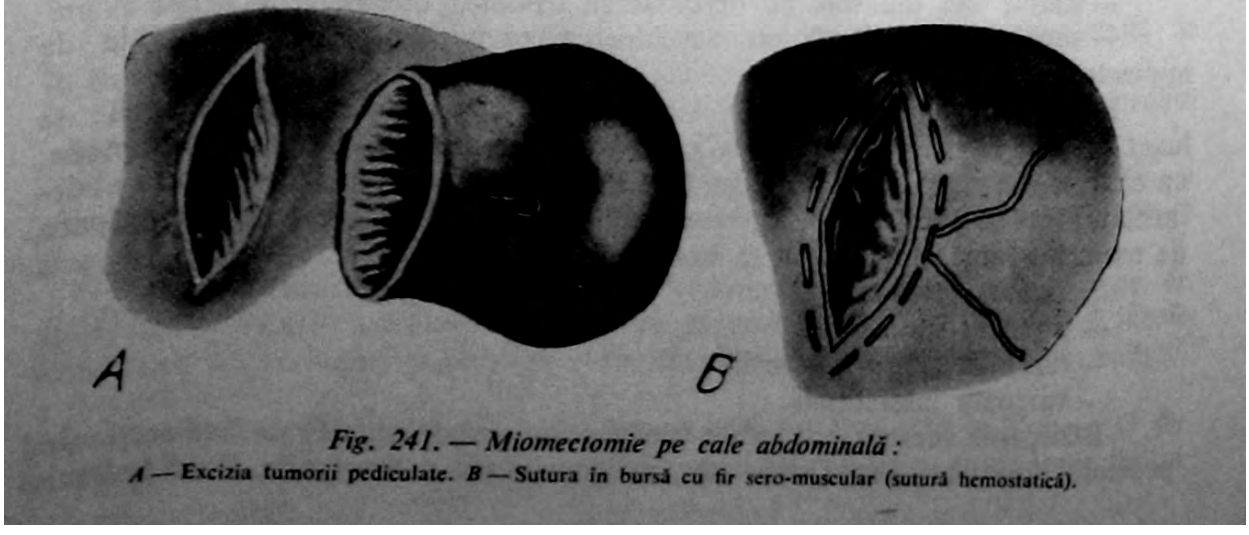


Fig. 241. — Miomectomie pe cale abdominală :
A — Excizia tumorii pediculate. *B* — Sutura în bursă cu fir sero-muscular (sutură hemostatică).

Extirparea tumorii interstiţiale se face prin enucleare sau prin hemisecţie. în acest sens, după ce se precizează locul tumorii, se incizează peretele uterului, ori pe linia mediană, ori pe partea proeminentă a tumorii (fig. 243), pînă la capsula acesteia; se prinde tumoarea cu o pensă Museux (fig. 244) sau se introduce în ea sfredelul chirurgical şi cu foarfecele curb se pătrunde în spaţiul de clivaj; inchi- zîndu-se şi deschizîndu-se foarfecele între tumoare şi miometru ca în fig. 244 şi fig. 245, secţionîndu-se unele legături mai strînse musculare şi fibroase întîlnite în cale, se extirpă tumoarea; decolarea începută cu foarfecele poate fi continuată şi digital, ca în fig. 246.

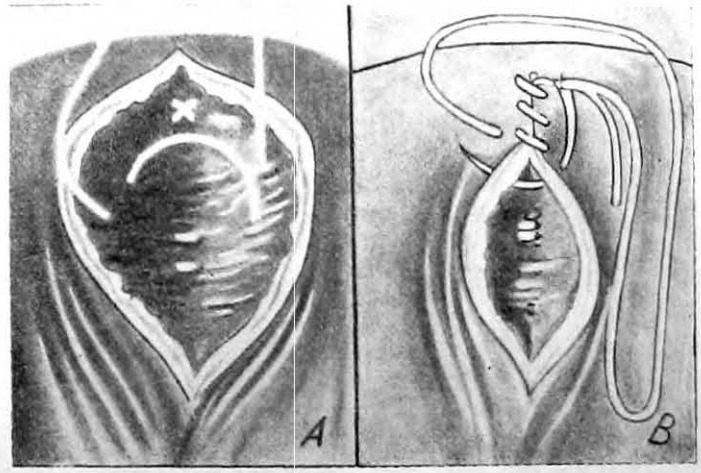


Fig. 242. — Miomectomie pe cale abdominală. Sutura uterului după extirparea tumorilor subseroase:
A — fire profunde în X; *B* — surjet sero-muscular.

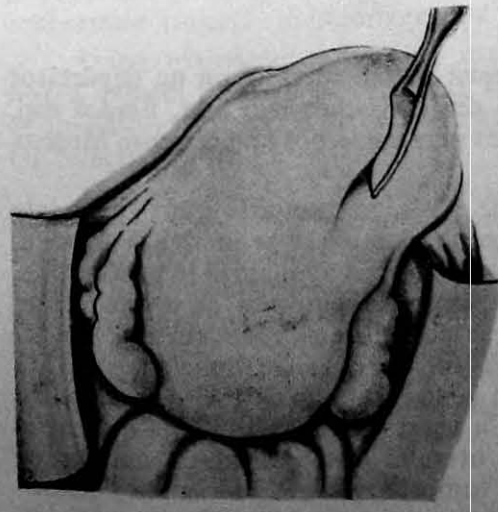


Fig. 243. — Miomectomie pe cale abdominală. Incizia cu bisturiul pe partea cea mai proeminentă a tumorii.

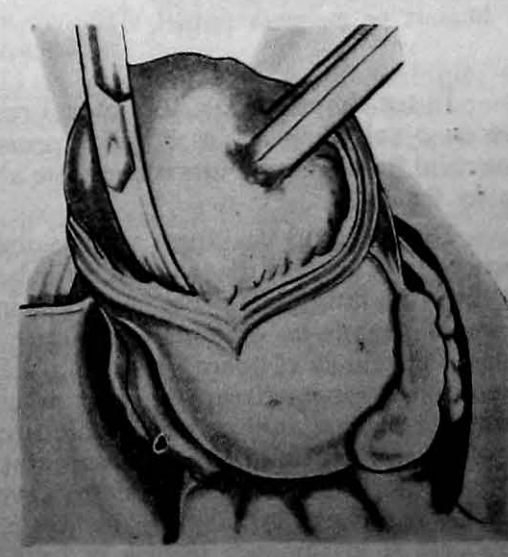


Fig. 244. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se decolează tumoarea cu latul foarfecelui curb.

Fig. 245. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se enucleză tumoarea interstiţială. Pense Museux pe marginea inciziei.

Fig. 246. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se decolează digital tumoarea interstiţială. Tracţiunea se face cu sfredelul chirurgical.

în tot timpul decolării, ajutorul reclinează pereţii uterului cu un depărtător sau cu o valvă mică. Nu se aplică pense cu dinţi, Kocher mai ales, fiindcă rup, muşchiul fiind friabil. Numai dacă este absolut necesar se pot aplica pense Museux ca în fig. 245.

Dacă spaţiul de clivaj nu este uşor de găsit, în tumorile mari se poate recurge la procedeul de extirpare prin hemisecţie: tumoarea se incizează median, cu bisturiul, între două pense pe col; pe măsură ce incizia avansează în profunzime, se mută pensele cu dinţi pe suprafeţele de secţiune trăgîndu-se de aceste pense, cele două felii se răstoarnă spre în afară, linia de incizie se răzbuzează şi fundul tumorii se orizontalizează singur; se completează incizia, se aplică pensele de tracţiune pe marginile inferioare ale tumorii şi fiecare felie se extirpă dinăuntru în afară şi din profunzime spre suprafaţă. Cu acest procedeu se simplifică extirparea tumorii şi se evită deschiderea cavităţii uterului; este indicat, ca unic procedeu de rezolvare, în tumorile inclavate, în tumorile plasate în regiunea istmo- cervicală şi în tumorile incluse în baza ligamentului larg.

După enuclearea tumorii se tamponează provizoriu loja cu o compresă mare. Vasele care sîngerează cu presiune se pensează şi se leagă cu catgut.

La cazurile la care nu este verificată cavitatea uterului (histerografie) se deschide deliberat endometrul, se controlează digital, se chiuretează mucoasa hiperplazică care se trimite pentru examen anatomo-patologic. La cazurile cu tumori submucoase cavitatea se deschide involuntar, în timpul decolării. în ambele situaţii, deschiderea endometrului nu constituie un pericol. închiderea cavităţii se face cu fire de catgut, separate, avîndu-se grijă ca acul să nu transfi- xieze endometrul. La închidere se lasă în cavitatea uterină praf de Marbadal. După închidere se schimbă mănuşile şi instrumentele care au fost folosite pentru aceasta (timp septic).

Dacă tumoarea interstiţială este la fundul uterului incizia de abordare se poate face în potcoavă, capetele inciziei prelungindu-se median, pe ambele feţe ale uterului. Se pot face şi două incizii eliptice, care micşorează de la început suprafaţa miometrului care acoperă tumoarea.

Prin palpare se controlează uterul şi incizîndu-se pereţii lojii rămase după extirparea tumorii principale, se scot prin decolare şi alte tumori interstiţiale existente. Dacă tumorile sînt la distanţă şi nu pot fi abordate prin prima incizie, se fac incizii separate pentru fiecare. Procedîndu-se astfel, cu răbdare, se pot scoate foarte mulţi noduli (miomectomii multiple).

O atenţie deosebită trebuie acordată nodulilor situaţi la nivelul coarnelor, în vecinătatea porţiunii interstiţiale a trompelor. Enuclearea tumorii şi capito- narea lojii rămase se fac cu grijă, pentru a nu se secţiona în timpul extirpării, sau strangula cu firele de sutură, lumenul trompelor.

Hemoragia care însoţeşte practica miomectomiei simple sau multiple nu trebuie să fie un motiv de a se renunţa la avantajele chirurgiei conservatoare^ trecîndu-se la histerectomie. Hemoragia este stăpînită la început prin hemostază la vedere, iar după un timp sîngerarea se limitează spontan, ca urmare a retracţiei miometrului. Unii chirurgi folosesc în acest sens, metode mecanice de ischemiere a uterului în timpul operaţiei (garou de cauciuc la nivelul istmului sau blocarea provizorie a circulaţiei arteriale uterine cu pensetele Blalock), sau metode farma- codinamice (injecţii în miometru cu ocitocină).

După extirparea tumorilor mari, ca şi după miomectomiile multiple, se rezecă excesul de miometru, pentru ca reconstituirea prin sutură să aducă uterul la dimensiuni apropiate de cele normale. Operaţia poartă numele de miomectomie cu rezecţie de miometru.

Loja rămasă după enuclecirea tumorii se suturează în două straturi, cu fire separate de catgut: primul strat musculo-muscular (fig. 247), iar al doilea strat, sero-muscular (fig. 248). Firele cu care se suturează al doilea strat nu se aplică prea des şi nu se strîng prea tare, pentru a nu produce ischemie. Dacă loja este adîncă, închiderea ei se face în atîtea straturi cît sînt necesare pentru ca să nu rămînă spaţii în care să se producă hematoame. Ultimul strat poate fi făcut cu surjet de catgut (fig. 248-cartuş). După sutură uterul pare deformat. Faptul nu are importanţă fiindcă se urmăreşte păstrarea funcţiunii şi nu a morfologiei acestuia.

După terminarea suturii se scot cîmpurile de izolare şi se spală pelvisul cu ser fiziologic. Se controlează apendicele şi se extirpă dacă este cazul. Sutura de pe peretele anterior se poate acoperi cu vezica, după procedeele Werth (fig. 159) sau Logothetopoulos.

Se reface peretele abdomenului în straturi anatomice fără drenaj. După operaţie se administrează antibiotice parenteral. Incidente şi accidente în timpul miomectomiei: lezarea porţiunii intersti- ţiale a trompelor, hemoragii, leziuni ureterale sau vezicale. Evitarea lor este posibilă printr-o tehnică corect executată.

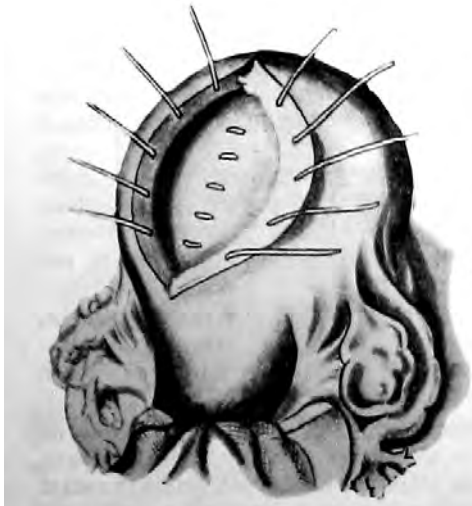


Fig. 247. — Miomectomie pe cale abdominală. Sutura cu fire separate musculo-musculare (primul strat).

Fig. 248. — Miomectomie pe cale abdominală. Al doilea strat de sutură cu fire separate sero-musculare.
In cartuş : sutura cu surjet.

Complicaţii postoperatorii: hemoragii, infecţii, tromboze, aderenţe, ocluzii intestinale, sterilitate prin închiderea ostiumului uterin. Morbiditatea după miomectomie este în jur de 5—6% şi nu este mai mare ca după histerectomie.

Timpul de spitalizare şi de convalescenţă este mai lung decît după histerectomie. Se observă după operaţie o stare febrilă prelungită, de 10—12 zile, asociată cu o îngroşare edematoasă şi dureroasă a uterului, care durează 1—2 luni, mai ales după miomectomiile multiple. Cu repaus la pat, pungă cu gheaţă, antibiotice şi proteinoterapie nespecifică (polidin) febra scade progresiv, iar după 1—2 luni de la operaţie uterul nu mai este dureros la pal pare şi îşi recapătă mărimea normală.

Complicaţii tardive: recidiva. Cu cît femeia este mai tînără cu atît riscul recidivei este mai mare. Procentul global este variabil: între 10 şi 20%.

Reintervenţia este necesară cam la 1/3 din cazurile cu fibromatoză recidivată. Necesitatea acesteia este dictată mai mult de metroragii, decît de volumul tumorilor recidivate.

Sterilitatea prin obstruarea ostiumului uterin este posibilă; histerosalpin- gografia de control este indicată după 1 an de la operaţie.

Riscul de cancerizare a colului nu este mai mare ca după histerectomia subtotală.

Variante de tehnică. Louros (49) execută miomectomiile abdominale după următoarea tehnică operatorie:

— evită inciziile multiple pe uter, limitînd la maximum posibil traumati- zarea peritoneului visceral. Autorul propune incizia transversală, cît mai spre fundul uterului. Această incizie are avantajul că poate fi uşor acoperită cu peritoneul vezico-uterin (fig. 249);

— nu suturează lojile după enucleare decît după extirparea tuturor nodulilor;

— hemostază îngrijită (pensarea vaselor şi tamponarea provizorie a cavităţilor cu meşe de tifon);

— nu închide strat cu strat cavităţile rămase, ci le plombează cu marginile capsulei, rămase după extirparea tumorilor. în acest sens, nu excizează excesul acestor margini şi nici punţile de ţesut muscular care rămîn între cavităţile adiacente, ele fiind folosite la capitonarea acestora. Hemostaza perfectă o obţine închizînd cavitatea cu două rînduri de suturi suprapuse, în surjet.

Primul surjet, nu prea strîns, reuneşte buzele plăgii, prinzînd în ac şi din ţesutul muscular subiacent, cel mai superficial (fig. 250 A). Al doilea suijet, sero-seros, bine strîns, înfundă ţesutul subiacent astfel că acesta plombează cavitatea (fig. 250 B). Pentru mai multă siguranţă, ultimul surjet se întăreşte cu cîteva puncte separate de catgut;

— fixează pliul peritoneal vezico-uterin cu puncte separate pe faţa posterioară a uterului extraperitonealizînd astfel complet sutura miomectomiei (fig. 249). Ligamentopexie, dacă este cazul;

— lasă sondă vezicală în primele cinci zile după operaţie pentru ca distensia creată de umplerea vezicii cu urină să nu compromită suturile;

— Bonney foloseşte pentru extirparea tumorilor situate în peretele posterior două maniere:

— ori deschide cavitatea uterului pe linia mediană anterioară şi incizînd endometrul extirpă nodulii situaţi în peretele posterior;

— ori foloseşte procedeul în « capuşon de călugăr»: incizie transversală sub linia care uneşte inserţia ligamentelor utero-ovariene; se extirpă subseros nodulii; lamboul musculo-seros rezultat după scoaterea tumorilor se suturează pe peretele anterior, acoperind complet uterul.

Dificultăţi. în fibromioamele cu evoluţie intraligamentară şi în cele de istm se pot ivi dificultăţi în extirparea lor, din cauza situaţiei profunde, a aderenţelor şi a raporturilor strînse cu ureterul, cu vezica şi cu vasele mari. Anatomia pelvisului este complet modificată.

Luxarea tumorii din această situaţie necesită secţionarea ligamentului rotund respectiv, incizia foiţei peritoneale care acoperă tumoarea şi decolarea largă a vezicii.

Se incizează capsula şi se caută planul de clivaj. Decolarea tumorii se face cu foarfecele curb (fig. 251) şi digital. Menţinînd decolarea tot timpul, înăuntrul capsulei, se evită hemoragiile şi lezarea ureterului. în timpul decolării se trage puternic de tumoare cu sfredelul chirurgical introdus în ea sau cu pense Museux.

Un procedeu care simplifică foarte mult operaţia este hemisecţia (fig. 251- cartuş). în tumorile profunde în care toată anatomia este schimbată şi este greu de găsit spaţiul de clivaj, hemisecţia este un procedeu rapid şi sigur, fiindcă realizează scoaterea tumorii strict în interiorul capsulei.

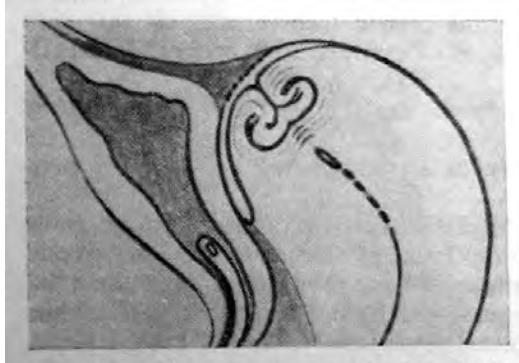


Fig. 249. — Miomectomie pe cale abdominală, procedeul Louros. În secţiune se vede sutura uterului acoperită de peritoneul vezical.

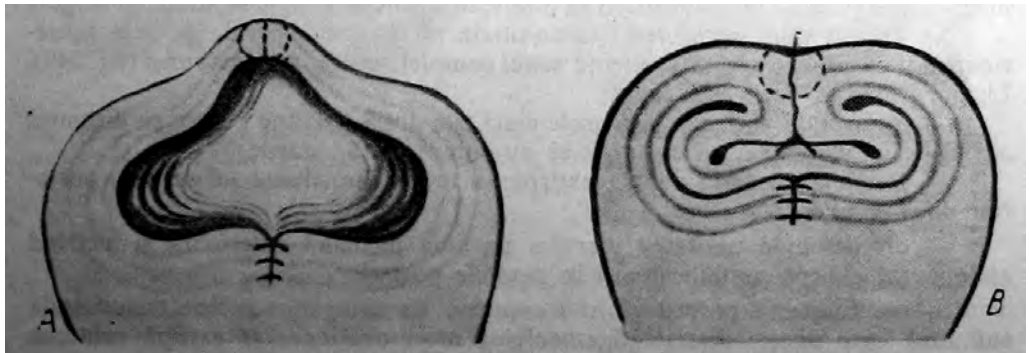


Fig. 250. — Miomectomie pe cale abdominală. Sutura uterului după procedeul Louros.
A — primul surjet, seromuscular, însăilează numai marginile plăgii; *B* — al doilea surjet seroseros îl înfundă pe primul şi astfel se plombează cavitatea rămasă după enuclearea tumorii.

După enuclearea tumorii şi suturarea uterului, se reface ligamentul larg, închizîndu-se loja în care a stat tumoarea, iar ligamentul rotund secţionat se suturează la cornul uterin respectiv, cu cîteva fire de aţă sau de nylon. Dacă hemoragia este difuză şi nu poate fi realizată o hemostază chirurgicală completă, se drenează loja cu tub, tras extraperitoneal, la peretele abdominal, prin contraincizie.

Procedeul prin hemisecţie oferă aceeaşi siguranţă tehnică şi în tumorile de istm, după ce în prealabil se decolează cu multă grijă vezica urinară. Canalul cervical, foarte lung în această situaţie, redevine normal, prin retracţie, după operaţie. Dacă în timpul operaţiei s-a deschis canalul cervical, la sutura pereţilor se introduce o pensă în canal, pentru a se evita stenozarea acestuia.

O altă dificultate în timpul unor miomectomii este hemoragia, care poate fi abundentă, dar nu de nestăpînit. Vasele arteriale secţionate în timpul decolării se pensează la vedere şi se leagă după extirparea tumorii. Hemoragia în masă nu trebuie să întîrzie enuclearea tumorii ci, dimpotrivă, se grăbeşte decolarea acesteia. După scoaterea tumorii, uterul se retractă, făcînd hemostază, iar vasele mai mari pot fi uşor pensate în patul rămas. Hemostaza preventivă, prin comprimare provizorie a arterelor uterine cu degetele, cu garou aplicat la nivelul istmului, sau cu pense Henkel, nu este recomandabilă, fiindcă împiedică controlul intraoperator al hemoragiei şi, deci, efectuarea unei hemostaze chirurgicale sigure. In cazuri excepţionale, dacă hemoragia nu poate fi stăpînită se recurge la histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor.

Deschiderea accidentală a endometrului este fără gravitate şi nu schimbă planul operaţiei.

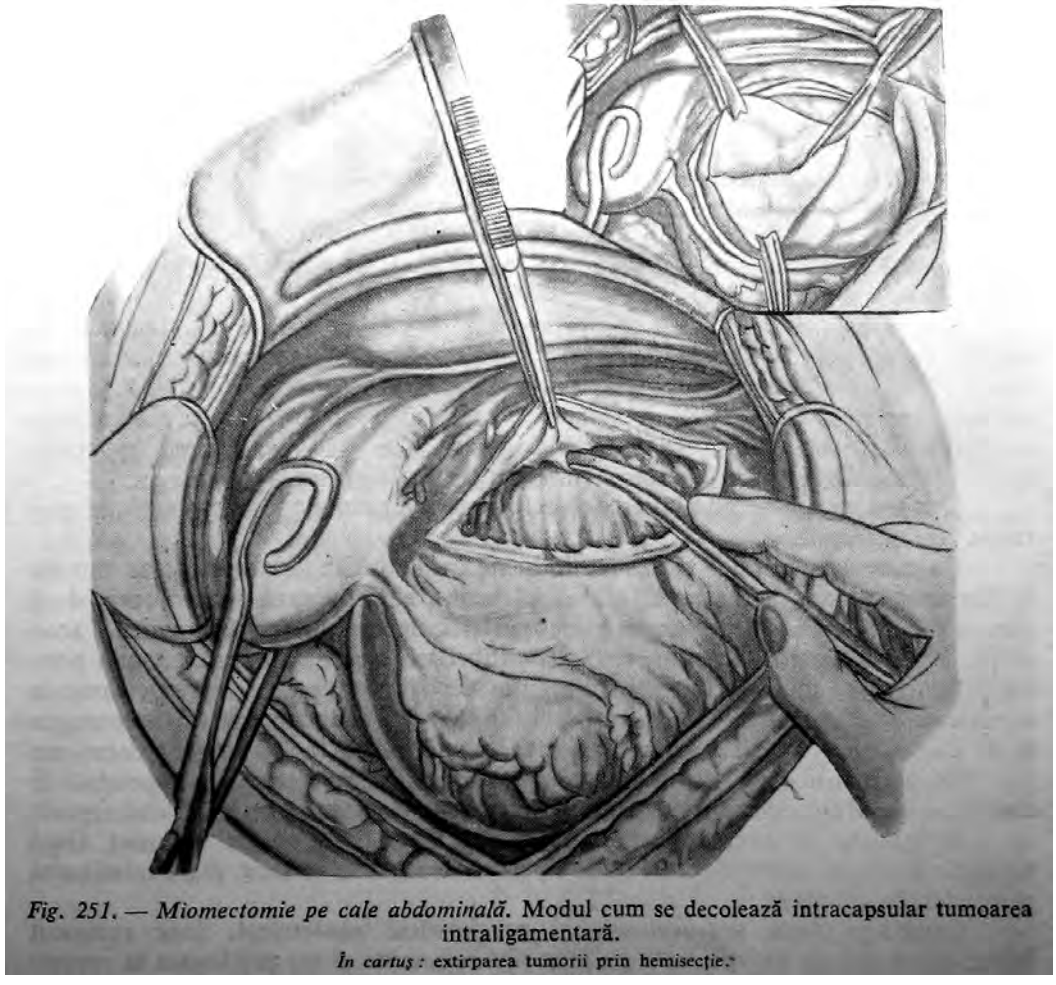


Fig. 251. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se decolează intracapsular tumoarea intraligamentară.
În cartuş: extirparea tumorii prin hemisecţie.

Miomectomia şi sarcina. Frecvenţa tumorilor fibromiomatoase în sarcină este de 0,5—1%. Complicaţiile pe care le pot produce sînt: torsiune, inclavare, necroză, mai rar infecţii. Asupra sarcinii, în afară de dureri, pot determina: avorturi, naşteri

premature, prezentaţii vicioase şi anomalii în inserţia placentei, în travaliu: generează distocii de dinamică şi anomalii de delivrenţă. In lăuzie: necroză şi infecţii.

Ori de cîte ori prezenţa tumorii fibromiomatoase justifică infertilitatea sau apar complicaţii în cursul sarcinii (necroză, torsiune, inclavare, volum mare, creştere rapidă de volum), intervenţia chirurgicală se impune.

Miomectomia în cursul sarcinii este întotdeauna posibilă şi nu compromite evoluţia acesteia.

Intervenţia se face sub anestezie generală, prin laparotomie mediană.

în afara cazurilor urgente (necroză, torsiune), la acelea la care indicaţia operatorie are un caracter profilactic (infertilitate, volum mare), intervenţia se face «de principiu» şi momentul de efectuare este între 14 şi 24 de săptămîni, cînd sarcina este bine echilibrată hormonal şi extirparea tumorii nu implică manipulări laborioase şi multiple asupra uterului gravid.

Deşi operaţia este mai sîngerîndă, tehnica miomectomiei este aceeaşi. Singura grijă este să se manipuleze cu blîndeţe uterul şi să nu fie prea mult exteriorizat în afara abdomenului (cînd această manevră este indispensabilă), fiindcă diferenţa de temperatură produce modificări de circulaţie în miometru, capabile să compromită vitalitatea produsului de concepţie.

Din punct de vedere tehnic se dă preferinţă miomectomiei prin hemisecţie. Prin această modalitate, hemoragia este mai redusă şi se evită pătrunderea accidentală în cavitatea uterină.

Sutura miometrului se face obişnuit, în două straturi cu fire separate de catgut. Punctele în X sau în 8 sînt mai hemostatice şi nu taie, miometrul fiind friabil. Nu trebuie să nelinişteascâ hemoragia redusă dar uneori continuă, la nivelul suturilor şi să nu se insiste cu puncte hemostatice suplimentare, fiindcă unde se înţeapă cu acul se produce o nouă sîngerare şi se prelungeşte inutil operaţia. Se comprimă digital cu o compresă şi se aşteaptă cîteva minute.

După operaţie se administrează relaxante uterine şi antibioterapie de protecţie (penicilină).

Cu ocazia operaţiilor cezariene indicate în distociile determinate de tumorile fibromiomatoase, se extrage fătul şi placenta, se suturează histerotomia, după care se procedează la miomectomie concomitentă, dacă tumoarea este unică şi accesibilă. Dacă tumorile sînt numeroase (polifibromiomatoză) se extirpă cele accesibile în ordinea mărimii lor, fără pretenţia de a le extirpa pe toate; ca urmare a miomectomiilor în timpul operaţiei cezariene se produc tulburări hemoragice şi de cicatrizare care măresc mortalitatea şi morbiditatea operaţiilor cezariene.

Lăuzia nu modifică atitudinea conservatoare. Miomectomia este posibilă cu condiţia ca indicaţia operatorie să se pună înainte ca necroza tumorii să devină septică.

în general, în timpul lăuziei, fibroamele uterine îşi reduc volumul. Dacă tumorile existente necesită totuşi să fie operate, aceasta se va face, după terminarea perioadei de alăptare.

Cicatricea după miomectomie şi prognosticul obstetrical. Este cunoscut faptul că cicatricele chirurgicale pe uter sînt rezistente şi nu predispun la rupturi în timpul sarcinii, indiferent de intervalul care s-a scurs de la operaţie.

Miomectomia anterioară nu impune operaţia cezariană la naştere dacă prezentaţia este eutocică, bazinul normal şi travaliul evoluează fiziologic.

MIOMECTOMIA PE CALE VAGINALĂ

Calea vaginală este posibilă cînd tumorile fibromiomatoase subseroase sau interstiţiale sînt de volum redus şi uterul este mobil, astfel încît să poată fi cu uşurinţă luxat în vagin. în general, această cale este mai puţin indicată în chirurgia conservatoare a uterului, fiindcă nu oferă lumină suficientă pentru inventarierea şi tratamentul leziunilor aparalului genital intern, concomitente.

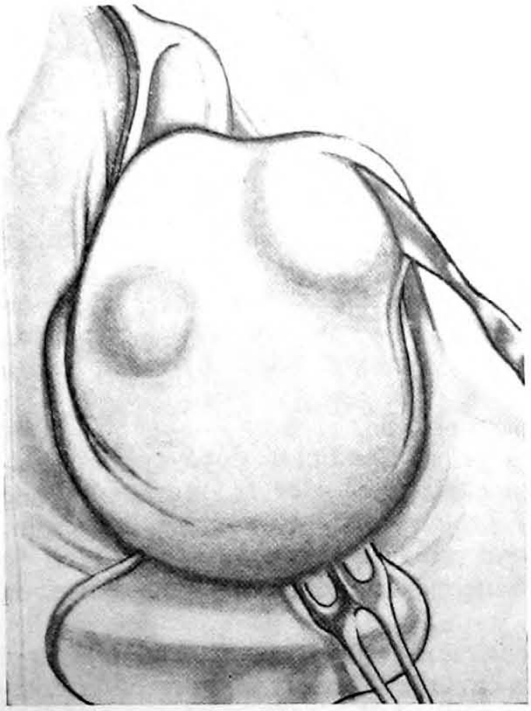


Fig. 252. — Miomectomie pe cale vaginală. Luxarea uterului la vulvă. Incizia capsulei tumorii.

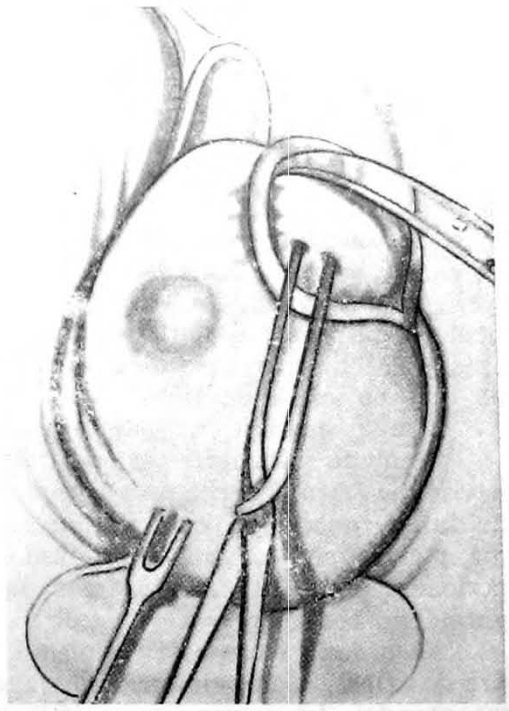


Fig. 253. — Miomectomie pe cale vaginală. Enuclearea tumorii.

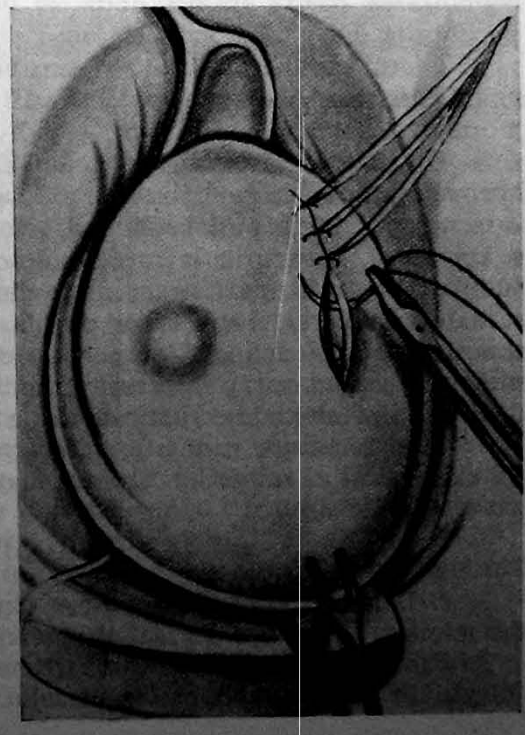


Fig. 254. — Miomectomie pe cale vaginală. Sutura miometrului.

Ajungerea la uter şi scoaterea lui la vulvă se face prin colpoceliotomie. Se preferă colpoceliotomia anterioară (vezi pag. 71): se recurge la colpo-celio- tomie posterioară (vezi pag. 76) numai în cazul tumorilor inclavate în Douglas şi numai după ce s-a încercat, fără să se reuşească, luxarea uterului pe cale anterioară.

Enuclearea tumorilor se face la fel ca în tehnica expusă la calea abdominală (fig. 252, 253 şi 254).

Se introduce uterul în pelvis, se închide peritoneul vezico-uterin şi se reface peretele vaginului fără drenaj.

în retrodeviaţiile uterului şi pentru a se extraperitonealiza suturile, peritoneul vezical poate fi suturat la fundul uterului, sau chiar pe peretele posterior. Dacă pare necesar, spaţiul dintre uter, vezică şi vagin poate fi drenat, pentru 48 ore, cu meşă de tifon.

După operaţie se administrează antibiotice.

Evoluţie şi îngrijiri postoperatorii. în prima săptămînă după operaţie bolnavele fac febră datorită resorbţiei hematoamelor şi a firelor de sutură şi se plîng de dureri, uneori cu caracter de colică, provocate de eliminarea cheagurilor din uter, alteori continue, produse de infiltrarea serohematică a uterului. în perioada aceasta se administrează antibiotice, calmante şi se pune pungă cu gheaţă pe abdomen.

O uşoară secreţie sanguiolentă, alteori murdară şi mirositoare, şi uneori fire de catgut, se pot elimina prin vagin, la cazurile la care a fost deschisă cavitatea uterului. La acestea se tonifică miometrul administrînd methergin tablete.

Flebitele şi emboliile se întîlnesc rar fiindcă sînt puţine ligaturi pe vene şi cele care sînt se găsesc la distanţă de confluenţii venoşi principali ai pelvisului. Mobilizarea pasivă în pat după 24 de ore (masaje, mişcări, respiraţii adînci) şi coborîre din pat după 48 de ore sînt cele mai bune măsuri profilactice.

Uterul rămîne mai mare şi sensibil la palpare, 1—2 luni de la operaţie.

Rezultate. Morbiditatea generală este cuprinsă între 2,79—3,35% cu zero mortalitate (statistica Giuleşti pe 803 cazuri între 1958—1978).

Uterul îşi păstrează capacitatea funcţională integrală: menstruaţiile se normalizează şi dispar durerile. Recuperarea fertilităţii se obţine în procente care merg de la 50 pînă la 70%. Unele hipomenorei se datoresc sinechiilor care se formează, la cazurile la care s-a deschis cavitatea uterină şi odată cu fibromul submucos s-au extirpat şi suprafeţe din endometru. Unele sindroame dureroase se datoresc aderenţelor a căror profilaxie se face prin grija care o avem la peri- tonizare şi evitarea inciziilor pe peretele posterior al uterului. Cicatricele după miomectomie nu se rup în cursul sarcinii şi naşterile sînt posibile pe cale naturală, dacă nu sînt alte indicaţii obstetricale pentru operaţia cezariană.

Cu aceste bune rezultate, miomectomia este operaţia de elecţie în tratamentul chirurgical al tumorilor fibromiomatoase .'a femeile tinere.

c) MIOMETRECTOMIA

Definiţie. Miometrectomia este operaţia prin care se rezecă porţiuni largi de miometru cu deschiderea obligatorie a cavităţii uterine.

Principii şi eficienţă. Miometrectomia se bazează pe principiul conservării integrităţii morfo-funcţionale a uterului. Tehnica operaţiei urmăreşte să păstreze elementele anatomice — ovar, miometru şi endometru — indispensabile funcţiei genitale. Garanţia acestei funcţii este dată de faptul că se respectă vascularizaţia şi inervaţia acestor organe.

Un alt principiu pe care se bazează miometrectomia este acela că dă posibilitatea controlării cavităţii uterine — vizual şi prin palpare — şi extirpării tuturor nodulilor fibromatoşi incluşi în pereţii uterului.

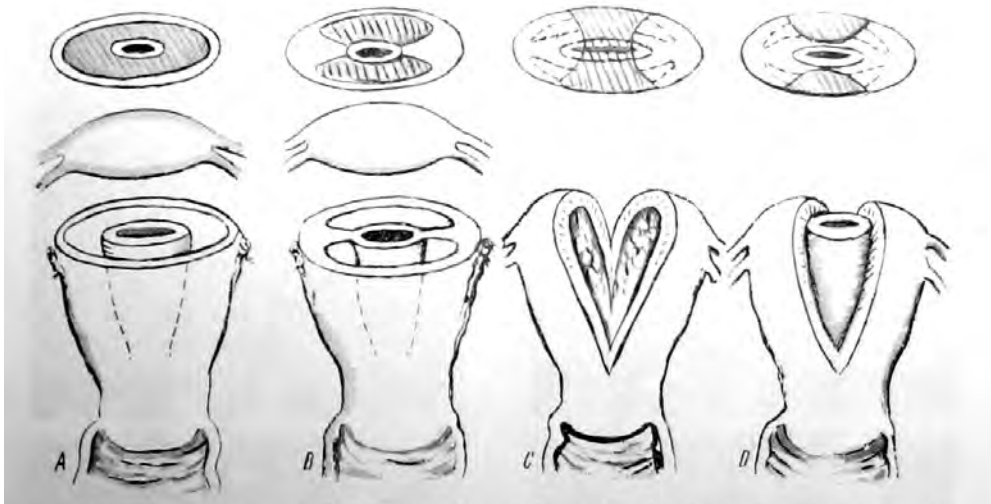


Fig. 255. — Miometrectomia. Prezentare schematică a celor 4 tehnici de miometrectomie: *A* — procedeul Cirio; *B* — procedeul Tumanoff; *C* — procedeul Kelly-Cova-Crossen; *D* — procedeul Aburel.

Eficienţa acestei tehnici este dată de faptul că uterul îşi păstrează toate funcţiile.

Indicaţii. Miometrectomia este indicată în polifibromiomatoză, în acele situaţii în care multitudinea nodulilor şi dispersarea lor în masa miometrului fac imposibilă extirparea lor în totalitate prin miomectomie şi în fibromatoza difuză.

Contraindicaţii. Această operaţie este contraindicată în infiamaţiile anexiale, piometrie şi pe uterul gravid.

Condiţii de efectuare. Vîrsta bolnavei să fie sub 40 de ani. Momentul operaţiei este în prima săptămînă după menstruaţie. Examinarea oncologică a colului uterin este obligatorie (citologie, colposcopie) înainte de intervenţie şi examenul anatomo-patologic extemporaneu în timpul operaţiei este necesar (polipi endo- cavitari şi tumori interstiţiale cu aspecte degenerative). Bolnava să fie afebrilă.

Anestezia: generală prin intubaţie oro-traheală cu reanimare intraopera- torie (perfuzie cu sînge).

Pregătire preoperatorie: tratamentul anemiei, decongestionarea uterului prin repaus la pat şi vaccinare prealabilă (vaccin polimicrobian).

Tehnică. în literatură există descrise patru tehnici, cunoscute sub numele de: procedeul Cirio, procedeul Tumanoff, procedeul Kelly-Cova-Crossen şi procedeul Aburel (fig. 255).

Procedeul Cir io. Această tehnică, publicată de Carlos Cirio în 1940, constă din rezecţia largă a miometrului, cu conservarea aproape în întregime a endometrului.

Se secţionează şi se leagă ligamentele rotunde, trompele şi ligamentele utero-ovariene la inserţia lor pe coarnele uterului; se aplică pense pe arterele uterine la un nivel cît mai înalt, pe laturile uterului; cu bisturiul electric se amputează fundul uterului, limita de secţiune trecînd pe deasupra penselor aplicate pe arterele uterine (fig. 256). Astfel, excizia fundului expune grosimea miometrului în care sînt amplasate tumorile şi deschide cavitatea uterului, care poate fi controlată cu ochiul şi cu degetul (fig. 257).

Fig. 256. — Miometrectomia procedeul Cirio. Secţionarea uterului cu bisturiul electric.

Fig. 257. — Miometrectomia procedeul Cirio. Se deschide cavitatea uterului şi se expun tumorile din grosimea miometrului.

Se plasează pense pe conturul inciziei transversale pentru orientare şi cu bisturiul electric se evidează miometrul de fiecare parte a uterului (fig. 258 şi 259).

Se reconstituie cavitatea uterului prin sutură cu puncte separate, a marginilor lamboului mio-mucos după care se face un al doilea strat cu marginile lamboului mio-peritoneal, cu care ocazie se includ la fiecare extremitate a suturii, porţiunile interne ale trompelor, ligamentelor rotunde şi utero-ovariene (fig. 260 şi 261).

Procedeul Tumanoff se aseamănă cu procedeul Cirio de care se deosebeşte prin faptul că evidarea miometrului se face limitată la peretele anterior şi posterior (vezi fig. 255).

Ambele procedee, deşi permit extirparea tuturor tumorilor incluse în miometru şi păstrează o mare suprafaţă din endometru, sînt mai puţin folosite, fiindcă nu restaurează integritatea funcţională a uterului: produc sterilitate prin secţionarea trompelor, modifică vascularizaţia gonadelor prin ligatura arterelor uterine, suprimă conexiunile nervoase şi vasculare ale endometrului şi expun la formarea de hematoame în spaţiile rămase după evidarea miometrului.

Procedeul K ell y-C o v *a-C r o s s e n* constă dintr-o excizie în potcoavă a fundului uterului. Aceasta se realizează prin două incizii eliptice care pornesc de la istm pe faţa anterioară şi se termină la istm pe faţa posterioară (fig. 262).

Fig. 258. — Miometrectomie procedeul Cirio. Excizia miometrului cu bisturiul electric.

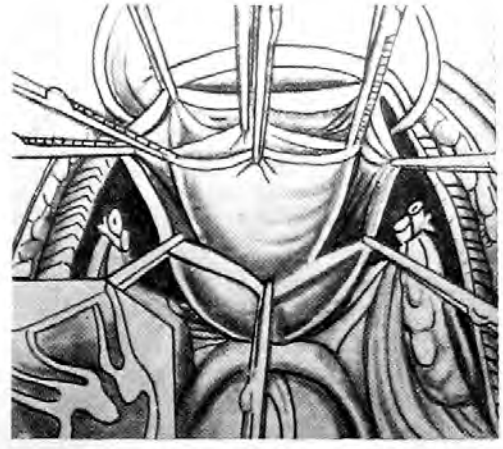


Fig. 259. — Miometrectomia procedeul Cirio. Ceea ce rămîne după evidarea miometrului.

Fig. 260. — Miometrectomia procedeul Cirio. Primul strat de sutură care închide cavitatea uterului; al doilea strat cu fire separate şi închiderea capetelor anexelor la unghiurile suturii.

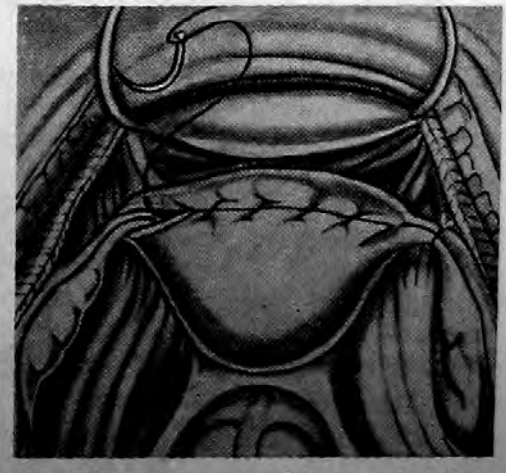


Fig. 261. — Miometrectomia procedeul Cirio. Al doilea strat cu surjet.

Inciziile se fac pe toată grosimea peretelui astfel încît uterul se deschide complet atît pe faţa anterioară cît şi pe faţa posterioară; felia extirpată conţine tumorile incluse, o mare parte din miometru şi endometrul corespunzător.

Reconstituirea uterului se face în două straturi, cu fire separate de catgut, ca în fig. 263.

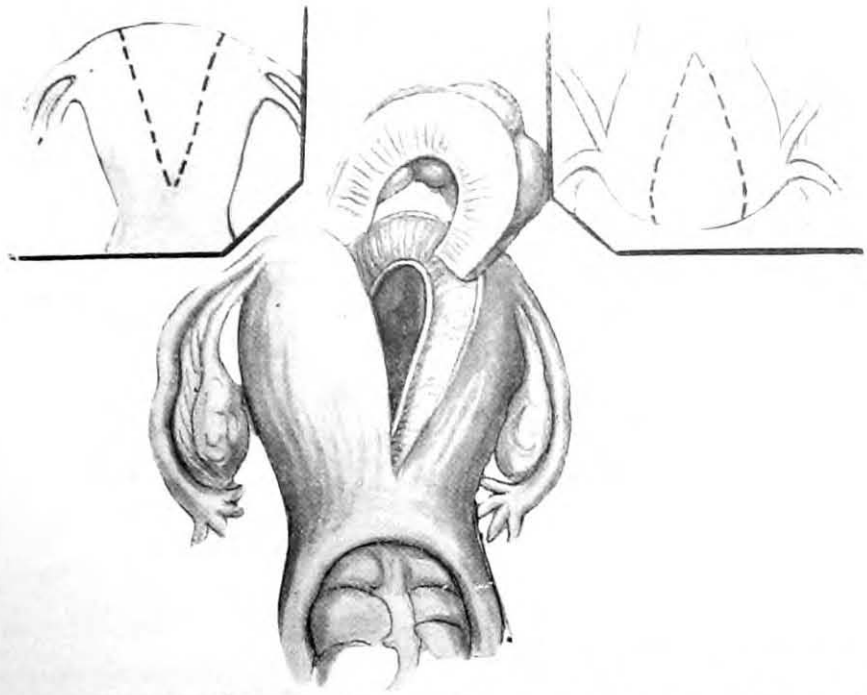


Fig. 262. — Miometrectomia Kelly-Cova-Crossen. Excizia miometrului sub formă de potcoavă.
În cartuş: linia de incizie pe peretele anterior (dreapta) şi linia de incizie pe peretele posterior (stinga).

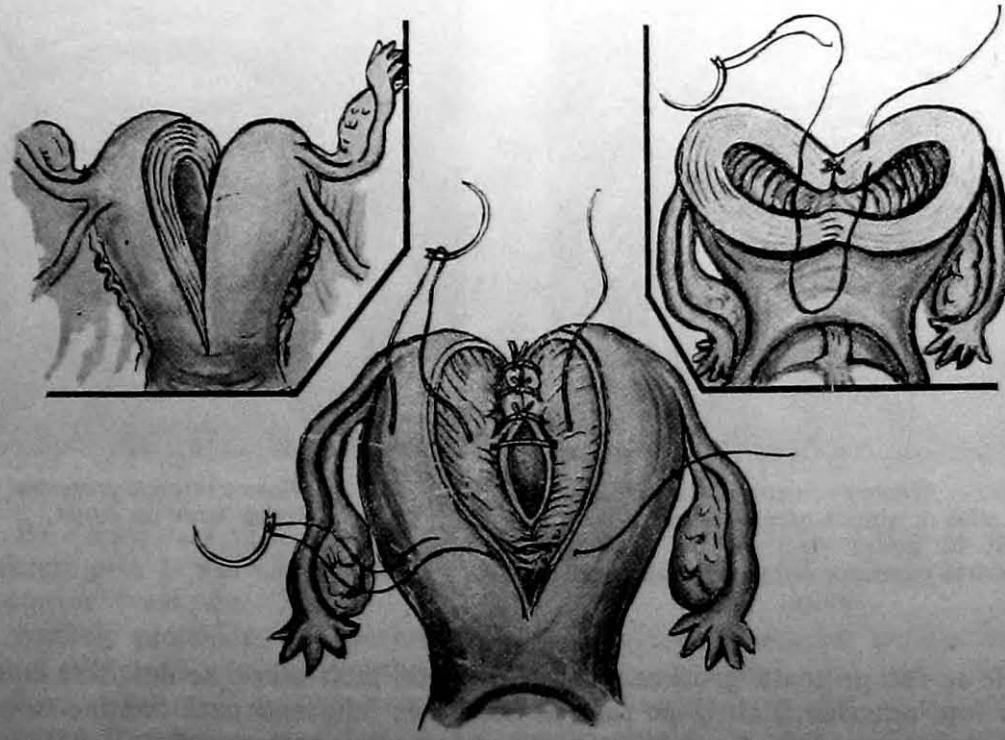


Fig. 263. — Miometrectomia Kelly-Cova-Crossen. Sutura pereţilor uterului în două planuri, cu fire separate.
În cartuş: uterul înainte de sutură (stînga); începutul suturii (dreapta).

Cu acest procedeu se respectă integral vascularizaţia, inervaţia şi conexiunile utero-tubare.

Procedeul A b u r e l răspunde tuturor deziderateloi funcţionale ale uterului care sînt:

Funcţii directe:

—r păstrează miometrul pentru funcţia gestativă;

— păstrează endometrul pentru funcţia menstruală şi gestativă;

— păstrează aparatul nervos de interorecepţie, pentru funcţia corelativă, neuro-vegetativă a uterului cu ovarele, trompele şi cu sistemul nervos central.

Funcţii indirecte:

— respectă funcţia ovarelor, lăsînd intacte vascularizaţia şi inervaţia acestora;
— respectă echilibrul psiho-nervos şi comportamentul sexual;
— respectă statica organelor pelvisului.

Folosind tehnica miometrectomiei Aburel, celelalte procedee operatorii ca: — histerectomia interanexială Soresi-Brocq, histerectomia fundică inter- ovariană Bourg, histerectomia fundică Beuttner, diferitele tehnici de histerectomie supraistmică înaltă Mocquot, tehnicile de histerectomie istmică cu păstrarea lamboului pediculat de endometru (Stanca, Kaplun, Golubcin, Mandelstam, Sîrbu) au rămas cu utilizare rarisimă fiindcă nu reuşesc să conserve decît parţial funcţiile aparatului genital intern.

Deşi autorul practică miometrectomia şi pe cale vaginală, personal nu sînt de acord cu această cale, fiindcă nu oferă posibilitatea alegerii celei mai potrivite tactici operatorii. în cele ce urmează vom prezenta tehnica miometrectomiei Aburel pe cale abdominală.

— Laparotomie Pfannenstiel sau mediană, în raport cu volumul masei tumorale.
— Izolarea anselor intestinale şi inventarierea leziunilor pelvisului (volumul şi topografia tumorilor, starea anexelor).
— Se exteriorizează uterul şi se aplică valva Doyen suprapubian.

—-Se trage puternic fundul uterului prin intermediul unei pense Museux şi cu bisturiul se croieşte o felie sagitală pe faţa anterioară care merge pînă la fundul uterului (fig. 264). La acest nivel o incizie transversală uneşte inciziile laterale şi deschide cavitatea uterină. Liniile laîerale ale inciziei ce delimitează felia sagitală sînt mai aproape sau mai departe una de alta, mai simetrice sau mai asimetrice, după topografia tumorilor. Ele vor rămîne, la nivelul fundului uterin, depărtate 3 cm de inserţiile tubare pentru a se conserva intacte coarnele uterulyi şi abuşarea trompelor.

— Se aplică o pensă Museux pe mijlocul feliei sagitale şi cu foarfecele curb se excizează toată porţiunea de miometru demarcată de inciziile făcute. Cavitatea uterină fiind deschisă, excizia miometrului se face la o mică distanţă de endometru. Tumorile interstiţiale devin vizibile şi se enucleză ca în fig. 265. Se controlează prin palpare pereţii uterului ca în fig. 266, modalitate prin care se descoperă nodulii invizibili. Aceştia se extirpă prin aceeaşi secţiune a miometrului. In fibro- matoza difuză grosimea pereţilor se micşorează prin excizie cuneiformă ca în fig. 267.

— Aceeaşi tehnică se repetă şi pe peretele posterior al uterului (fig. 268).

Se controlează digital cavitatea uterului.

— Se reconstituie uterul în două straturi cu fire separate de catgut. Sutura începe cu faţa anterioară a uterului, de la istm spre fund, după care se trece pe faţa posterioară, în acelaşi mod (fig. 269). Dacă fundul uterului astfel reconstituit apare ţuguiat, se rezecă prin două incizii transversale (fig. 270) iar buzele rezultate se suturează cu fire izolate (fig. 271).

Cel de al doilea strat se suturează pe uter, se poate face şi cu surjet ca în fig. 270. Acesta este hemostatic şi asigură şi o bună afrontare a seroasei viscerale.

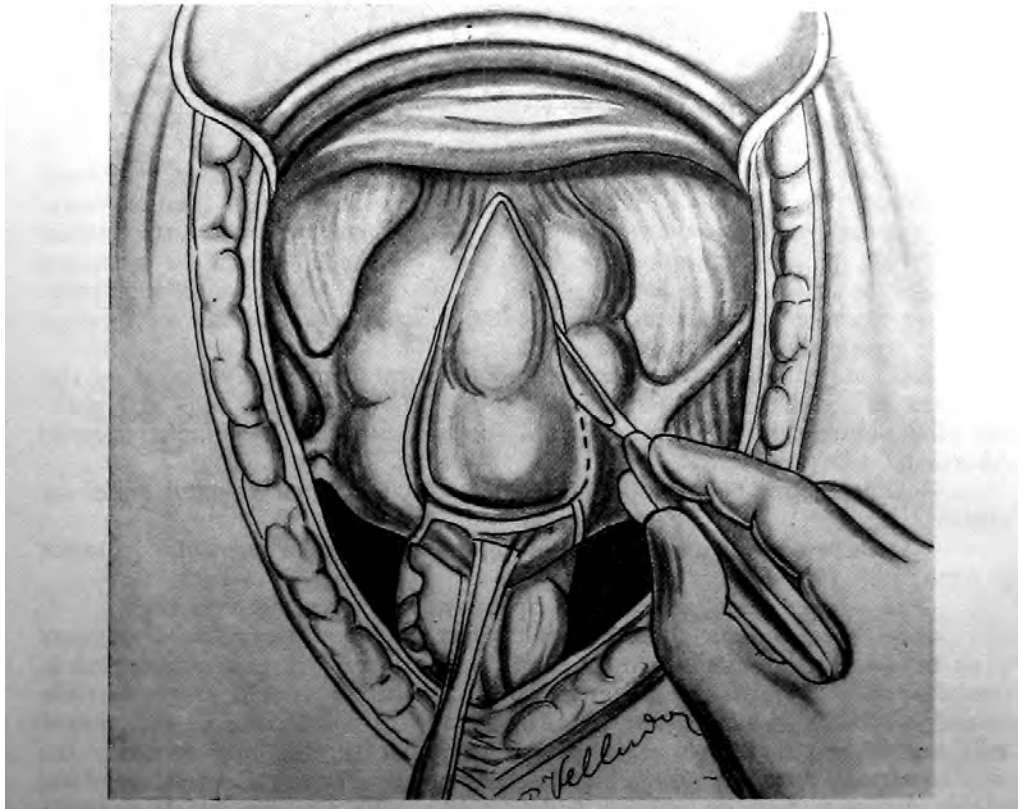


Fig. 264. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Linia de incizie pe peretele anterior.

Peritonizarea se perfectează apoi aducînd uterul în anteversie şi acoperindu-1 cît mai mult pînă la fund cu peritoneul vezical sau cu epiploon nepediculizat (fig. 272). Se prelevează un fragment din epiploon de formă dreptunghiulară, lung de 10 cm şi lat de 3 cm, cu care se acoperă suturile de pe uter. Fragmentul se fixează Ia uter cu cîteva puncte de catgut.

— Abdomenul se închide fără drenaj.

Evoluţie postoperatorie, tratament şi rezultate. Se administrează antibiotice parenteral timp de 5—6 zile. Mobilizare activă după 48 ore. Pungă cu gheaţă pe abdomen în primele 48 ore este utilă. Uterul se menţine mare şi dureros în primele 10 zile de la

operaţie din cauza infiltraţiei sero-hematice la nivelul suturilor. Uterul îşi recapătă forma normală şi mobilizarea nedureroasă dupa I - luni. Uterul îşi păstrează toate funcţiile inclusiv de gestaţie. Sarcinile evoluează fără accidente de ruptură şi naşterea se efectuează prin operaţie cezariană. Recidivele sînt posibile ca şi după miomectomie.

Fig. 265. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Enuclearea nodulilor fibromatoşi din grosimea tranşei de secţiune.

Fig. 266. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Modul cum se controlează prin palpare pereţii uterului.

Fig. 267. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Modul cum se face excizia conoidă în grosimea miometrului.

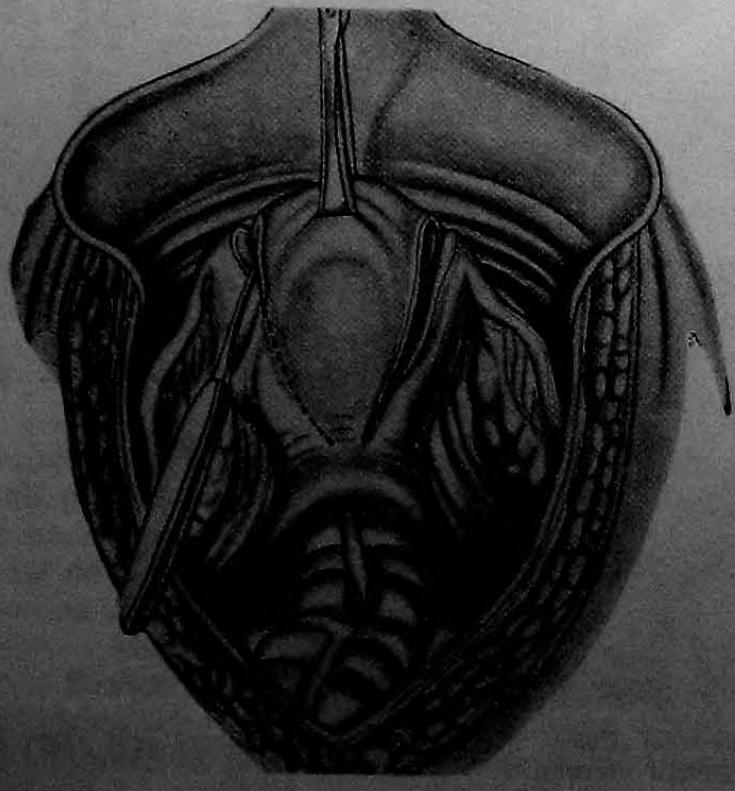


Fig. 268. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Incizia pe peretele posterior.

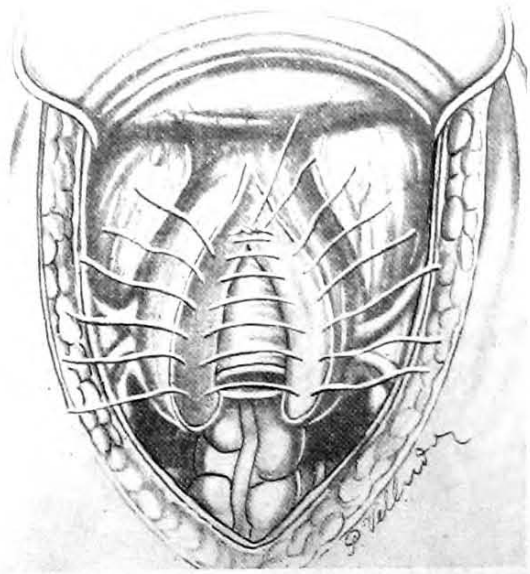


Fig. 269. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Sutura miometrului.

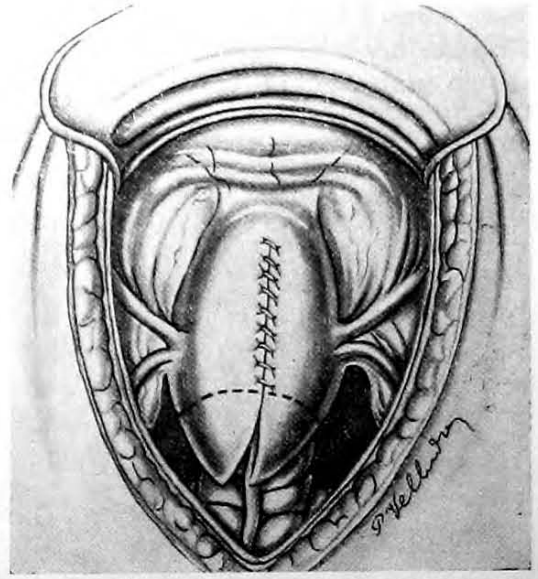


Fig. 270. — Miometrectomia sagitală Aburel. Linia de excizie la nivelul fundului.

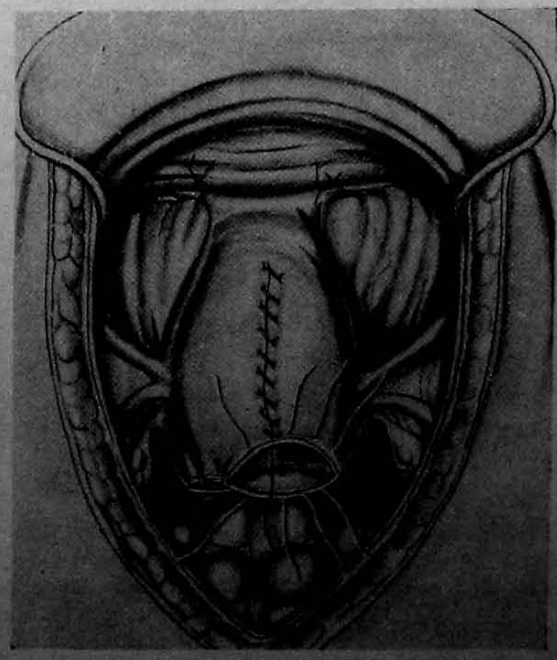


Fig. 271. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. **Surjet sero-muscular la peretele anterior şi fire separate la nivelul fundului.**

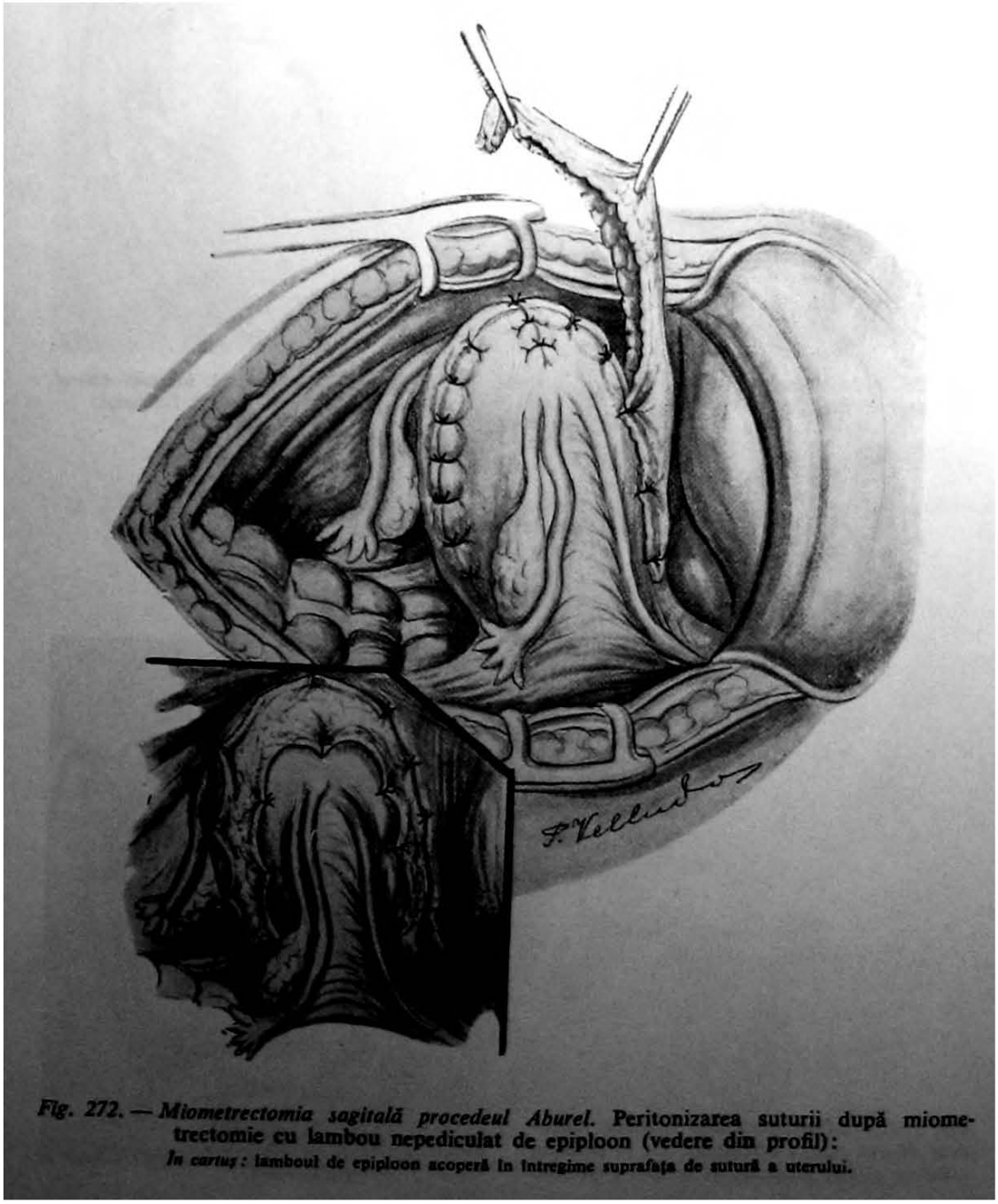


Fig. 272. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Peritonizarea suturii după miometrectomie cu lambou nepediculat de epiploon (vedere din profil):
În cartuș: lamboul de epiploon acoperă în întregime suprafața de sutură a uterului.

CURA INVERSIUNII UTERINE

Inversiunea uterină este o complicaţie a perioadei de delivrenţă, excepţională ca frecvenţă, dificilă ca tratament şi gravă ca evoluţie.

Fig. 273. — Inversiunea uterină de gradul II.

Termenul de «inversiune» este cuprinzător şi ne scuteşte de explicaţii suplimentare. Este vorba de invaginarea fundului uterin în deget de mănuşă, suprafaţa externă organului devenind internă şi cea internă devenind externă.

Inversiunea uterină este o urgenţă obstetricală fiindcă:

— se instalează brusc, de obicei după manevrele de extragere a placentei;

—determină hemoragii importante şi stări de şoc;

— se reduce adeseori cu greutate; . — se încarcerează producînd infecţii

locale prin sfacelare.

Forme anatomo-clinice: acute, sub- acute şi cronice.

— *Inversiune de gradul I:* —fundul uterului este înfundat în cavitate. Comparaţia este cu a unui fund de sticlă.

— *Inversiune de gradul II:* ■% fundul I uterului depăşeşte inelul cervical şi umple vaginul (fig. 273).

— *Inversiune de gradul III:* — uterul se află în afara vulvei (inversiune completă).

— *Inversiune de gradul IV:*-— uterul în afara vulvei cu prolabarea pereţilor vaginului.

Formele acute, subacute sau cronice se stabilesc în raport cu timpul scurs de la apariţia inversiunii: acute în primele 48 de ore, subacute în prima lună şi cronice după o lună.

Tratamentul se face în raport cu forma clinică.

în inversiunea uterină acută se încearcă reducerea inversiunii prin manevre digitale sub anestezie generală. în inversiunea de gradul I şi II, prin taxis central, cu degetele aplicate sub formă de *con* şi mişcări încete şi blînde, se reduce cu uşurinţă tumoarea. în inversiunea de gradul III, taxisul periferic este mai indicat, ajutînd gesturile digitale cu cîteva pense Museux aplicate pe inelul cervical.

Dacă manevra de reducere a reuşit, se tamponează cavitatea uterină şi vaginul cu meşe şi se instalează perfuzie cu sînge pentru combaterea anemiei. Se administrează ergomet, intramuscular. Meşele se scot după 24 de ore, perioadă în care se administrează penicilină parenteral.

Dacă femeia este în şoc se procedează la deşocare (transfuzie cu sînge, poziţie Trendelenburg, mialgin) după care se încearcă reducerea inversiunii.

în inversiunea uterină subacută, dacă diagnosticul este pus în primele zile, înainte ca să apară infecţia locală, se încearcă taxisul digital sub anestezie peridurală sau rahianestezie. Reuşita depinde de gradul constricţiei inelului cervical. Pentru învingerea acestei constricţii se recurge la anestezia peridurală şi uneori la mici incizii pe inelul cervical. Dacă manevra digitală nu reuşeşte (inversiune ireductibilă), nu se trece la operaţie chirurgicală conservatoare în această perioadă, în afară de cazurile la care extinderea necrozei locale indică ablaţia uterului pe cale vaginală (histerectomie). Se continuă tratamentul medical (transfuzii cu sînge, fier, vitamine, antibiotice, spălături locale antiseptice), în vederea operaţiei chirurgicale, care urmează să se facă după cel puţin 6 săptămîni de la apariţia inversiunii.

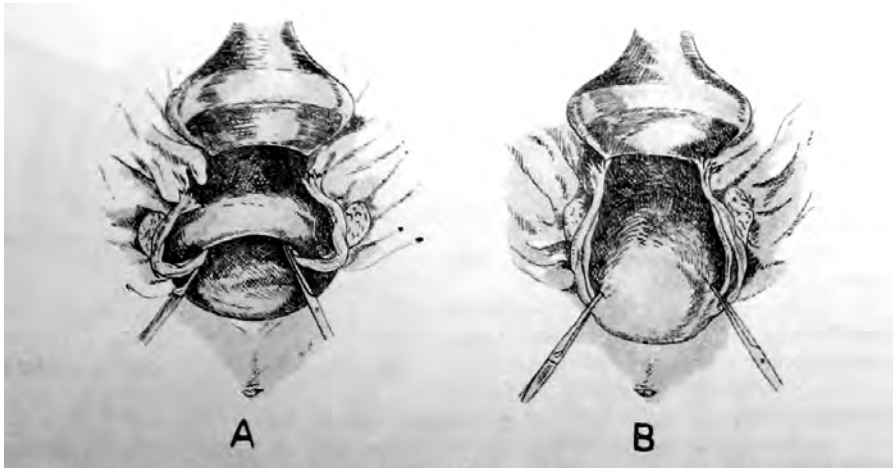


Fig. 274. — Inversiunea uterină cronică. Reducerea inversiunii prin laparotomie — procedeul Haultein.

în inversiunea uterină cronică, după 6 săptămîni de Ia instalare, se intervine chirurgical.

Tratamentul chirurgical este de două feluri: radical şi conservator.

Tratamentul radical constă din histerectomie.

Tratamentul conservator — indicat la femeile tinere şi fără leziuni necro- tice asociate — constă din reducerea operatorie a inversiunii care se poate face fie pe cale abdominală, fie pe cale vaginală.

Calea abdominală. Operaţia Haultein. Timpii operaţiei se succed astfel: laparotomie; poziţie Trendelenburg; se controlează digital inversiunea (ca fundul unei sticle); se încearcă reducerea inversiunii — procedeul Cutington — aplicînd pense pe locul de inserţie al anexelor, în timp ce un ajutor împinge tumoarea prin vagin (fig. 274 A şi B); dacă nu se reuşeşte prin aceste manevre nesîngerînde, se face o incizie mediană pe peretele posterior al uterului, care suprimă constricţia şi reducerea, împingînd uterul prin vagin; se suturează peretele posterior al uterului; se închide abdomenul fără drenaj sub protecţie de antibiotice. Se poate face şi histerotomie anterioară — procedeul Ocejo r-care necesită decolarea vezicii.

Calea vaginală. Se recurge fie la colpo-histerotomie anterioară, fie la colpo- histerotomie posterioară.

— Colpo-histerotomia anterioară — operaţia Spinelli — se execută astfel: colpoceliotomie anterioară (vezi pag. 71); se pătrunde cu indexul în pîlnia formată de uterul inversat şi cu bisturiul se incizează peretele anterior al uterului de la col pînă la fund (fig. 275); re reduce inversiunea cu manevre digitale (policele de la ambele mîini apasă pe peretele posterior, în timp ce cu indexul se îndepărtează buzele inciziei spre în afară); se suturează peretele uterin în două straturi cu fire separate de catgut (fig. 276); se reintegrează uterul în pelvis; se suturează colul şi peretele vaginal.

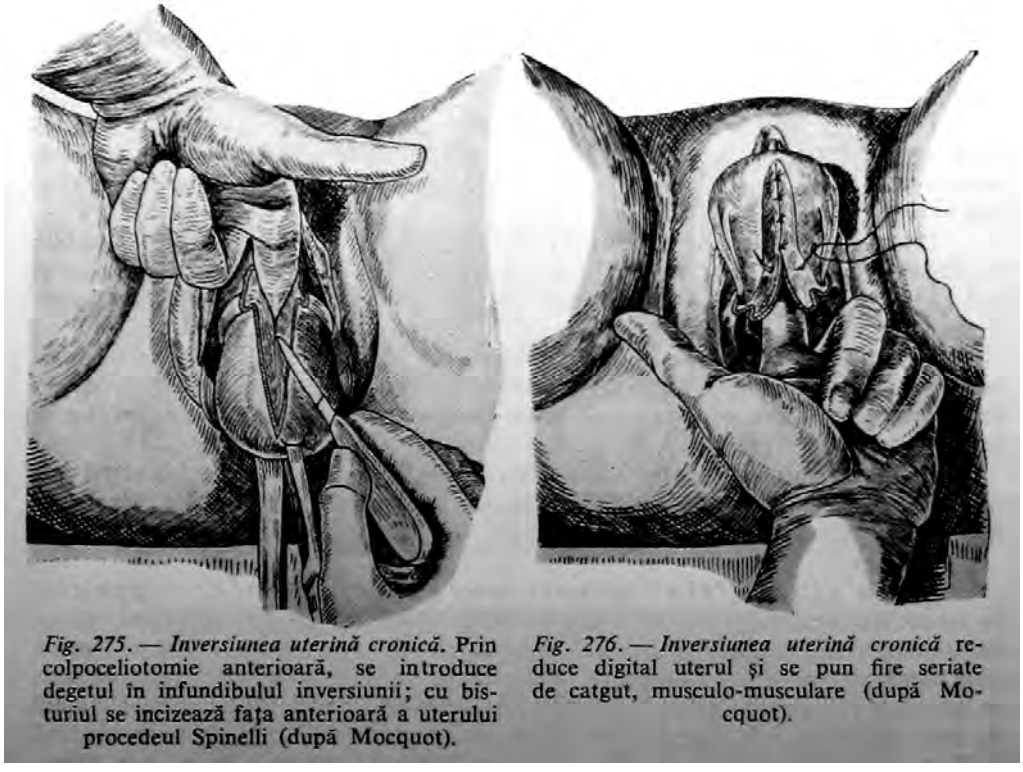


Fig. 275. — Inversiunea uterină cronică. Prin colpoceliotomie anterioară, se introduce degetul în infundibulul inversiunii; cu bisturiul se incizează faţa anterioară a uterului procedeul Spinelli (după Mocquot).

Fig. 276. — Inversiunea uterină cronică reduce digital uterul şi se pun fire seriate de catgut, musculo-musculare (după Mocquot).

— Colpo-histerotomia posterioară — operaţia Kiistner — se face astfel: se incizează transversal fundul de sac vaginal posterior şi se deschide Douglasul ca în colpoceliotomia posterioară (vezi pag. 76); se introduce indexul în infun- dibulul creat de uterul inversat şi pe deget se incizează cu bisturiul, pe linia mediană, peretele posterior al uterului pînă la fund; se reduce inversiunea; se suturează peretele uterului în două straturi; se introduce uterul în pelvis, se închide Douglasul; se suturează vaginul.

Ambele procedee se execută sub anestezie peridurală sau rahianestezie.

In ambele procedee, la sfîrşitul operaţiei se lasă o meşă îmbibată cu penicilină în cavitatea uterină şi se tamponează fundul de sac vaginal posterior cu comprese, pentru a împiedica fixarea uterului în retropoziţie. Meşa se suprimă după 24 de ore.

Reuşita intervenţiilor chirurgicale depinde de felul cum a fost condus tratamentul medical preoperator, antianemic şi antiinfecţios.

e) CURA SINECHIILOR UTERINE

Definiţie. Sub acest nume se înţeleg procesele cicatriceale numite şi aderenţe apărute după traumatisme, infecţii sau agresiuni chimice, care obliterează, parţial sau total, cavitatea uterului, inclusiv canalul cervical.

Termeni: sinechie, respectiv procese aderenţiale limitate, obstructive sau nu; simfiză, respectiv procese aderenţiale întinse care duc la lipirea pereţilor uterului între ei, cu obstrucţia cavităţii.

Clasificare. Frecvenţa cea mai mare este dată dd sinechiile situate în cavitatea uterină (70%) urmate de sinechiile cervico-istmice (15%), sinechiile cervico- istmice asociate cu sinechii ale cavităţii uterine (10%) şi sinechii totale —simfiză uterină (5%).

Principii şi eficienţă. Tratamentul chirurgical se bazează pe două principii: să desfacă aderenţele şi să împiedice refacerea lor. Astfel se reconstituie endometrul funcţional şi traiectul de scurgere a sîngelui, ameliorînd funcţia menstruală şi uneori şi pe cea de reproducere.

Indicaţii: în amenoree şi hipomenoree întovărăşite de sterilitate, infertili- tate şi tulburări de climacterium. Cazurile cu sinechie uterină se selecţionează prin explorare cervico-istmică cu histerometrul, prin histerosalpingografie şi prin histeroscopie (fig. 277 A şi B).

Anestezie: generală, intravenoasă, cu barbiturice, în cura sinechiilor pe cale vaginală; generală prin intubaţie în tratamentul simfizelor uterine pe cale abdo- mino-vaginală.

Tehnica.

Cura sinechiilor cervico-uterine pe cale vaginală. în sinechiile cervico-istmice se procedează la cateterism cu histerometrul, urmat de dilatarea moderată a canalului cervical cu dilatatoare mecanice şi lăsarea unei laminarii pentru 12—*24* ore. Bolnava se aşează în poziţie ginecologică; se introduc valvele vaginale şi se antiseptizeaza colul şi vaginul cu soluţie diluată de iod; se apucă buza anterioară a colului cu pensa de col; cu histerometrul Valleix (fig. 278) se explorează canalul cervical, cu gesturi blînde, dar ferme, căutînd progresiv să trecem peste pragurile existente şi să învingem rezistenţa creată de obstrucţia fibroasă de la nivelul istmului; se citeşte pe histerometru parcursul realizat; se introduc progresiv dilatatoare metalice Hegar, de la Nr.3 1a Nr. 8; acestea dilată canalul cervical şi în drumul lor unifică traiectul prin ruperea aderenţelor existente atît în canalul cervical, cît şi deasupra acestuia; cu pensa vaginală se introduce o laminarie de 3—4 mm grosime, al cărei capăt marcat cu fir rămîne în afara colului pe o lungime de 1>—2 cm; se lasă o compresă sterilă sub capătul laminariei, în fundul de sac vaginal posterior; laminaria se scoate după 12—24 ore, apucînd cu pensa vaginală de capătul vizibil la nivelul colului. Externarea bolnavei se face după 2—3 zile, dacă este afebrilă şi se aşteaptă reluarea ciclurilor menstruale.

în cazurile cu hematometrie, după depăşirea obstrucţiei cu histerometrul şi după scoaterea fiecărui dilatator metalic se scurge din cavitatea uterină sînge vechi, negricios, siropos.

— *Incidente*: perforaţia uterului în timpul cateterismului cervico-uterin cu histerometrul, fie din cauza tonicităţii scăzute a pereţilor uterului, fie că se creează o cale falsă. Acest gen de perforaţii nu sînt susceptibile de urmări grave şi nu necesită laparotomie imediată, sub rezerva urmăririi bolnavei în spital, timp de 24—48 ore. Alt incident poate surveni la scoaterea laminariei: aceasta nu se lasă extrasă fiind strangulată de orificiul intern al canalului cervical (lami- naria ia forma de ceasornic de nisip), sau se rupe în momentul extragerii, capătul superior rămînînd sechestrat în cavitatea uterină. în prima eventualitate se apucă laminaria cu o pensă rigidă — de preferinţă pensa Kocher — şi se extrage printr-o mişcare concomitentă de tracţiune şi de răsucire pe loc. în a doua eventualitate se împinge capătul sechestrat în cavitatea uterină şi se completează dilataţia orificiului intern cu dilatatoare H6gar, după care, cu pensa sau cu cureta se extrage, uneori în fragmente. Dacă nu se reuşeşte prin aceste manevre instrumentale se recurge Ia cervicotomie mediană (vezi pag. 232).

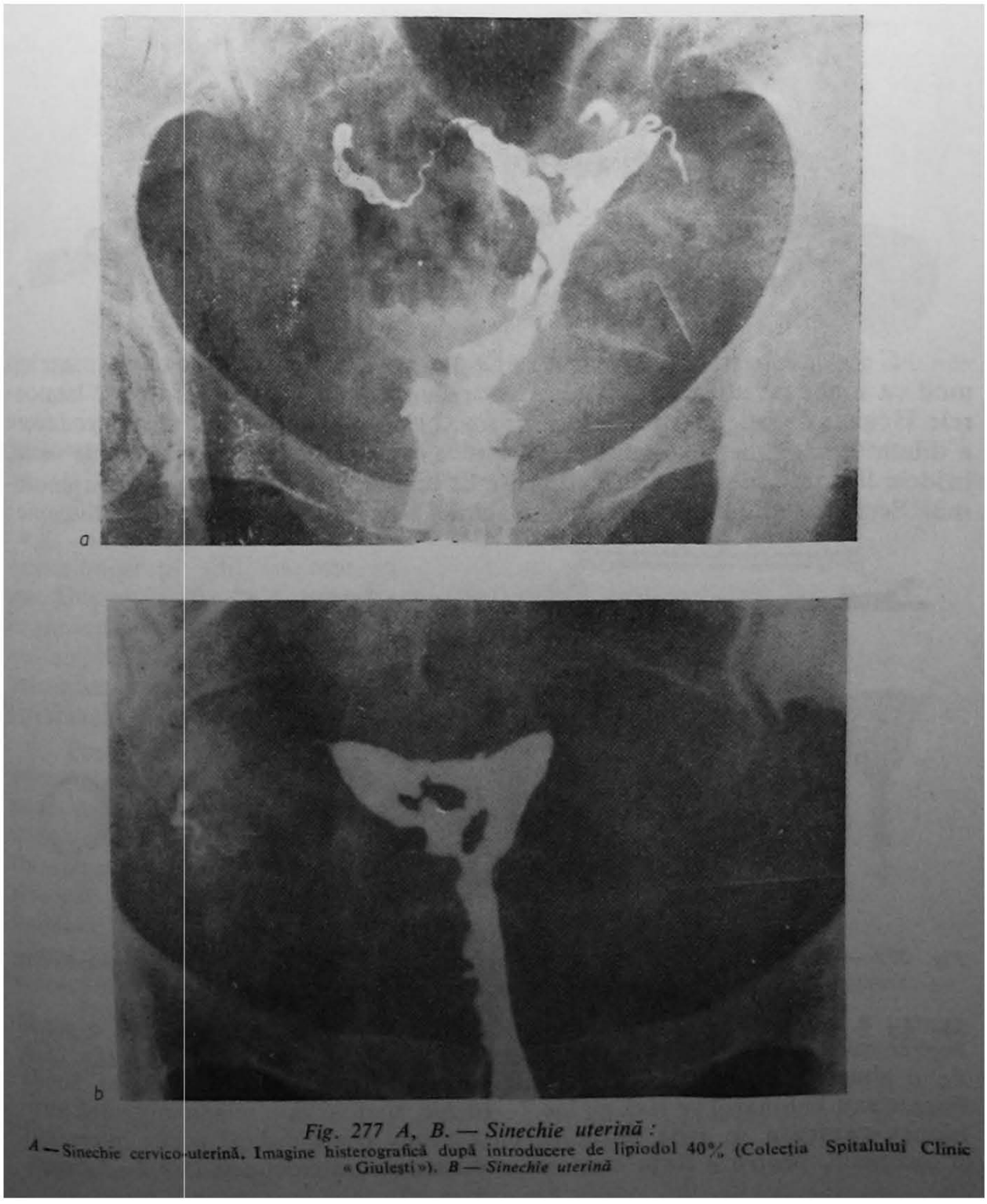


Fig. 277 A, B. — Sinechie uterină :
A — Sinechie cervico-uterină. Imagine histerografică după introducere de lipiodol 40% (Colecția Spitalului Clinic «Giulești»). *B — Sinechie uterină*

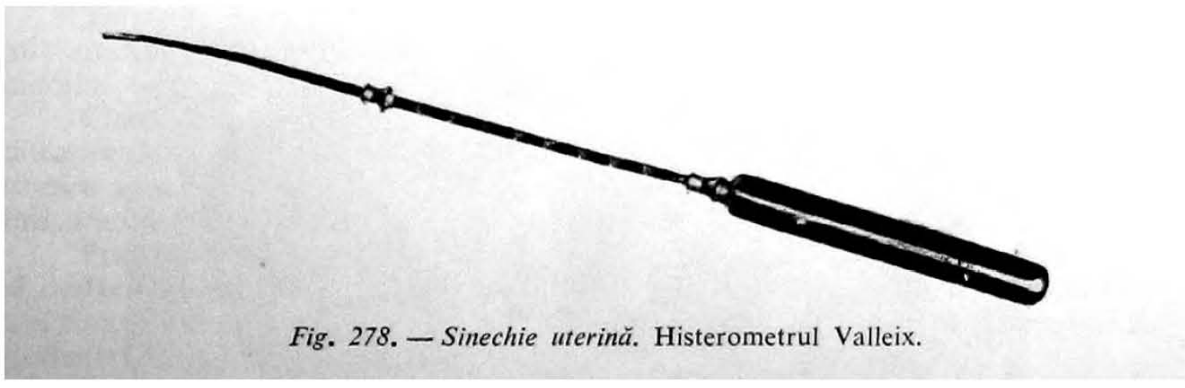


Fig. 278. — Sinechie uterină. Histerometrul Valleix.

Cura s in e c hi i l o r cavităţii u t e r i n e. Se procedează în acelaşi mod ca mai sus; aderenţele friabile se desfac pe măsură ce introducem dilatatoa- rele Hegar; de cele mai multe ori, în sinechiile nu prea vechi, simpla introducere a dilatatoarelor metalice

reuşeşte să unifice cavitatea uterului; în sinechiile vechi, bridele fibroase se secţionează cu pensa de biopsie Douay (fig. 279) sau cu tenoto- mul Servelle, orientîndu-ne după imaginea histerografica sau prin histeroscopie; pentru a se menţine pereţii uterului îndepărtaţi se lasă în cavitate fie o sondă Pezzer mică, fie un balonaş umplut cu apă (fig. 280), fie un sterilet Lipps (fig. 281), fie o simplă ansă din polietilen, care se confecţionează ad-hoc (Crîngu). Sonda Pezzer sau balonaşul se lasă pe Ioc 7—10 zile, timp în care se administrează antibiotice pentru a se evita infecţiile, întotdeauna posibile după aceste intervenţii şi estrogeni, pentru a forţa creşterea endometrului. Steriletul se lasă 2—3 cicluri

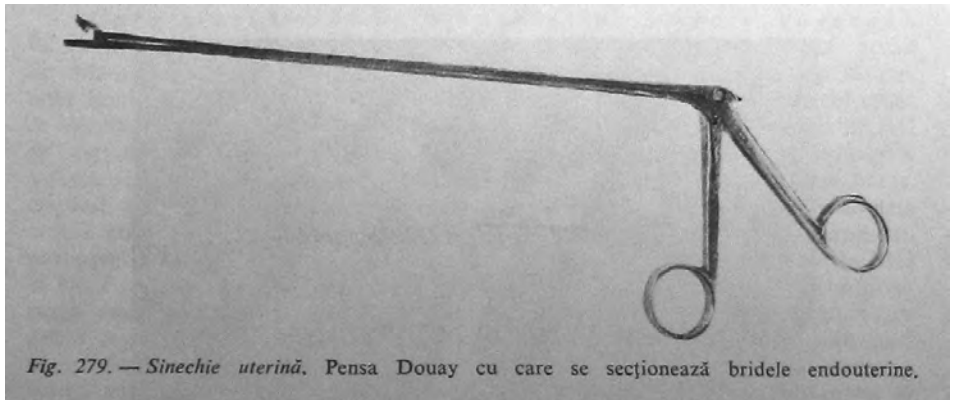


Fig. 279. — Sinechie uterină. Pensa Douay cu care se secţionează bridele endouterine.

menstruale. Situaţia exactă a steriletului în uter se verifică imediat după introducere, prin radiografie simplă (fig. 282). Cele mai bune rezultate se obţin cu steri- letul Lipps-Loop, dimensiunea C.

Fig. 280. — Sinechii uterine. Balonet special care se introduce în cavitatea uterină şi se destinde cu apă după desfacerea chirurgicală a aderenţelor.

— *Incidente*: perforaţia accidentală a uterului fie cu histerometrul, fie cu dilatatoarele metalice, fie cu pensa Douay. în această situaţie se renunţă la introducerea steriletului şi se ţine bolnava sub observaţie, 1—2 zile, cu pungă cu gheaţă şi fără antibiotice. Perforaţia se poate produce şi Ia introducerea steriletului, de aceea este obligatoriu control radiografie, imediat. Steriletul se scoate dacă nu este corect spiralat în cavitatea uterină.

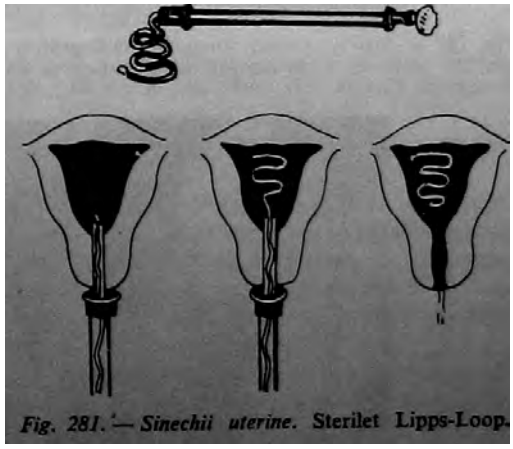


Fig. 281. — Sinechii uterine. Sterilet Lipps-Loop.

Cura sinechiilor uterine prin operaţii abdominale sau a b d o m i n o-v agi n al e.m Aceste operaţii sînt indicate îi sinechiile totale (fig. 283), respectiv în simfizele uterine, mai vechi de un an şi la care încercările de cateterism pe cale vaginală au rămas infructuoase.

Posibilităţile operatorii sînt numeroase, de la procedeul abdo- mino-vaginal j|§ Musset, sau numai abdominal — Ashermann, pînă la transplantarea trompei în uter după tehnicile Strassmann, Musset, Mi- halkievicz, Matthaie, sau pînă la homotransplantele de endometru [13](Serdukoff, Siebke, Kratz).

Procedeul abdomino-vaginal Musset. Acest procedeu constă în desfacerea pereţilor cavităţii uterine cu un dilatator metalic, cu sau fără incizie pe peretele uterin (foraj).

13 Ashermann nu acordă nici o încredere transplantului de trompă sau grefelor de endometru şi consideră că aceleaşi bune rezultate se pot obţine numai prm simpla deschidere chirurgicală a cavităţii uterine şi secţionarea aderenţelor.

Prima variantă sau procedeul Musset I: după laparotomie Pfannenstiel (minilaparotomie), operatorul fixează corpul uterin în podul palmei stîngi, iar cu mîna dreaptă introduce dilatatorul metalic pe cale vaginală, desfăcînd aderenţele. Pentru aceasta este necesar ca poziţia bolnavei pe masa de operaţie să fie cu picioarele fixate pe suporţii mesei, coapsele în uşoară flexiune şi abducţie şi cîmpurile sterile aplicate de aşa manieră încît să permită operatorului, plasat de data aceasta, în partea dreaptă a mesei de operaţie, executarea manevrei pe cale vaginală, cu mîna dreaptă. După executarea manevrei vaginale se schimbă mănuşa. Această manevră combinată, conferă procedeului numit şi de forare a cavităţii uterine, siguranţă şi precizie, evitînd perforaţiile. Se închide peretele abdominal şi la sfîrşitul operaţiei se introduce în cavitatea uterină steriletul Lipps-Loop, pe cale vaginală (fig. 284).

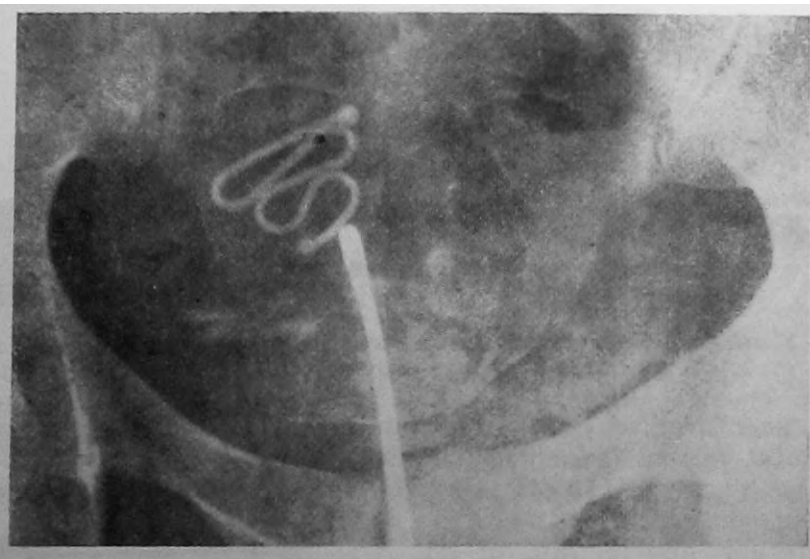


Fig. 282. — Sinechii uterine. Imaginea radiografică a steriletului Lipps-Loop introdus în cavitatea uterină după desfacerea chirurgicală a aderenţelor.

Fig. 283. — Sinechii uterine. Sinechie uterină totală. Cavitatea uterină « în deget de mănuşă ».

A doua variantă sau procedeul Musset II: se realizează forarea cavităţii uterine ca în procedeul Musset I; se face o incizie transversală la nivelul fundului, locul inciziei fiind indicat de capătul dilatatorului metalic lăsat în uter, după forare; se deschide cavitatea uterină şi aderenţele se secţionează cu foarfecele; se lasă în cavitate un tub de dren exteriorizat la col, după care se suturează miome- trul cu catgut.

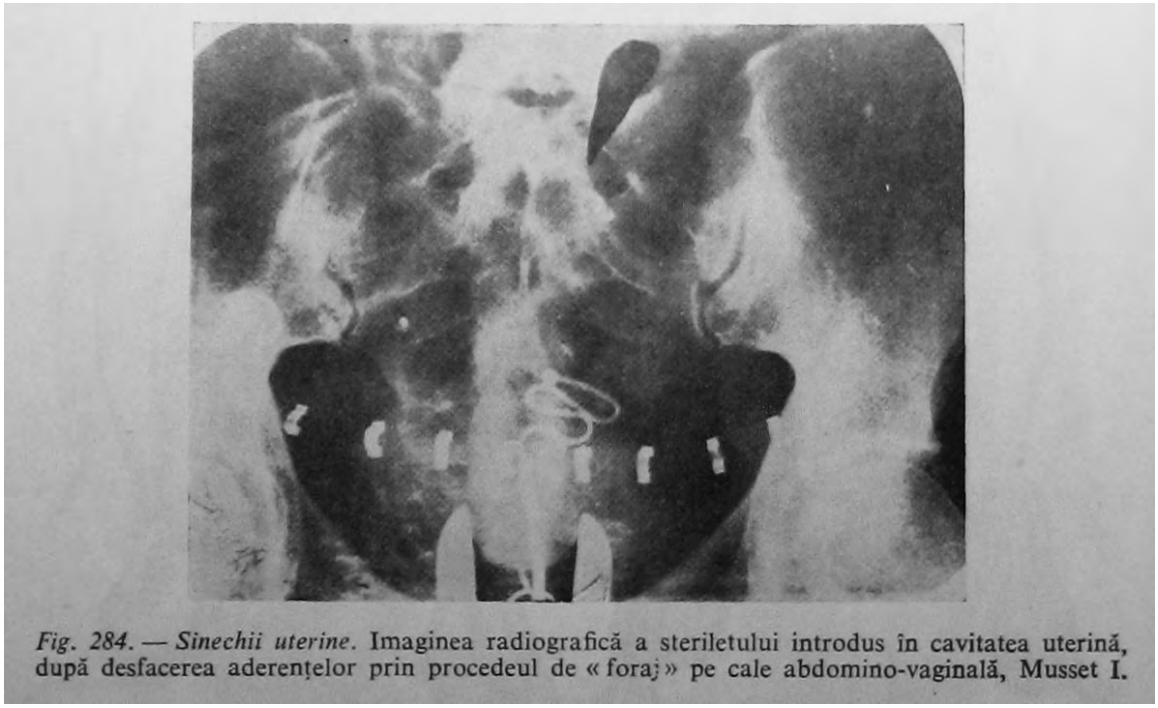


Fig. 284. — Sinechii uterine. Imaginea radiografică a steriletului introdus în cavitatea uterină, după desfacerea aderenţelor prin procedeul de « foraj » pe cale abdomino-vaginală, Musset I.

Procedeul Ashermann. Acest procedeu se realizează numai pe cale abdominală. Prin laparotomie se face o incizie curbă pe peretele anterior al uterului, între ligamentele rotunde; se deschide cavitatea uterină şi aderenţele se desfac cu vîrful indexului; se lasă un tub de dren, exteriorizat la col, pentru 3 zile; se reface uterul în două planuri; se peritonizează cu vezica sau cu ligamentele rotunde după care se închide peretele abdominal.

Procedeul Strassmann: se face o incizie transversală la nivelul fundului şi o altă incizie mediană, pe faţa anterioară, care merge în jos pînă la istm şi în sus se opreşte la 1,5 cm sub incizia transversală (fig. 285); se forează un tunel dinspre canalul cervical pînă la incizia de pe fund; prin acest tunel se aduce de sus în jos, una din trompe, secţionată la nivelul cornului şi al cărei capăt proximal se fixează la orificiul cervical; 2/3 din trompa transplantată ocupă cavitatea uterină nou-formată, iar 1/3 din partea distală rămîne în afara uterului, ataşată la mezosalpinxul respectiv care îi asigură nutriţia şi inervaţia (fig. 286). Autorul procedeului execută această operaţie pe cale vaginală.

Procedeul Musset în două echipe : se forează uterul ca în procedeul Musset I, descris mai sus; se prepară o trompă ca în procedeul de implantare tubo-uterină şi se extirpă cuneiform porţiunea interstiţială (fig. 287); prin acest tunel se angajează o pensă curbă lungă, cu care operatorul echipei vaginale apucă firele fixate pe urechiuşele trompei (fig. 287-cartuş) şi Ie trage cu blîndeţe, aducînd trompa în cavitatea uterină; firele se fixează la buzele colului (fig. 287-cartuş).

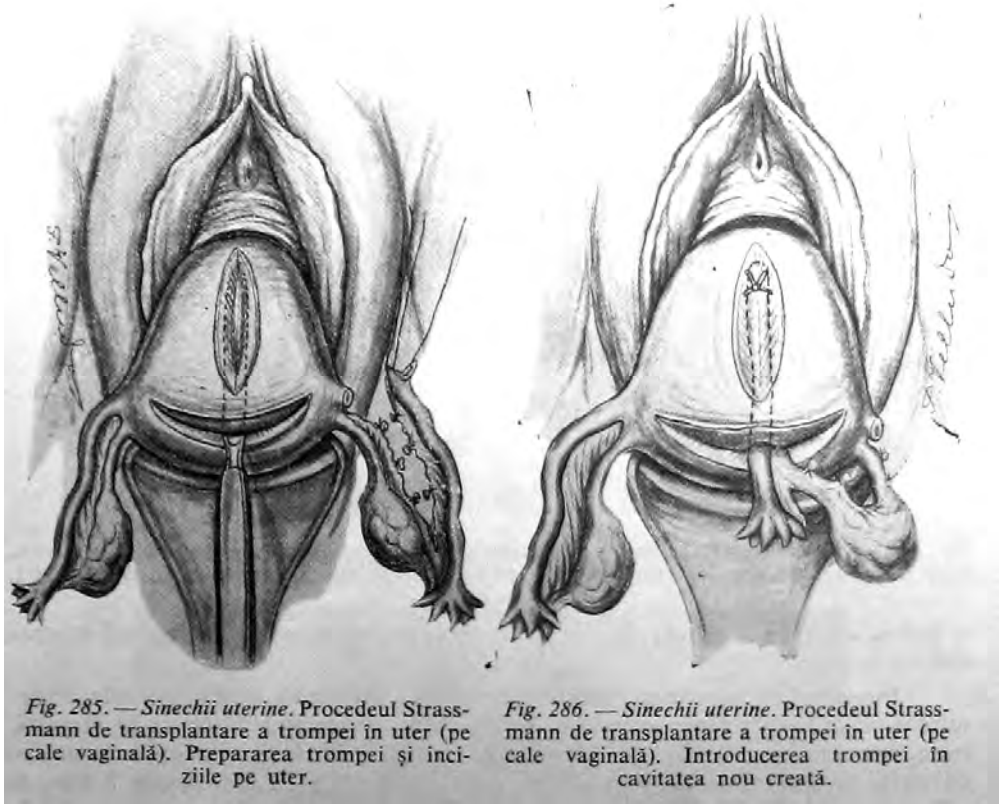


Fig. 285. — Sinechii uterine. Procedeul Strassmann de transplantare a trompei în uter (pe cale vaginală). Prepararea trompei şi inciziile pe uter.

Fig. 286. — Sinechii uterine. Procedeul Strassmann de transplantare a trompei în uter (pe cale vaginală). Introducerea trompei în cavitatea nou creată.

Procedeul Mihalkievicz facilitează manevra de transplantare a trompei, secţionînd peretele anterior al uterului de la corn pînă la istm (fig. 288). Prin acest procedeu se păstrează o mare parte din mezoul trompei care asigură vascularizaţia porţiunii transplantate.

Procedeul Matthaie: acesta constă din rezecarea unei porţiuni de trompă (3—4 cm), pe care o despică în lungime, o introduce şi o lasă liberă în cavitatea uterină nou-formată chirurgical.

în general, tratamentul se începe cu micile intervenţii pe cale vaginală şi se aşteaptă rezultatul lor, înainte de a se încerca o intervenţie sîngerîndă pe cale abdominală. Procedeul vaginal cel mai mult folosit este cateterismul cervico-uterin cu histerometrul urmat de dilatarea canalului cervical cu bujii **Hegar,** în sinechiile cervico-istmice, şi acelaşi procedeu, urmat de introducerea **unui** sterilet Lipps, în sinechiile cavităţii uterine.

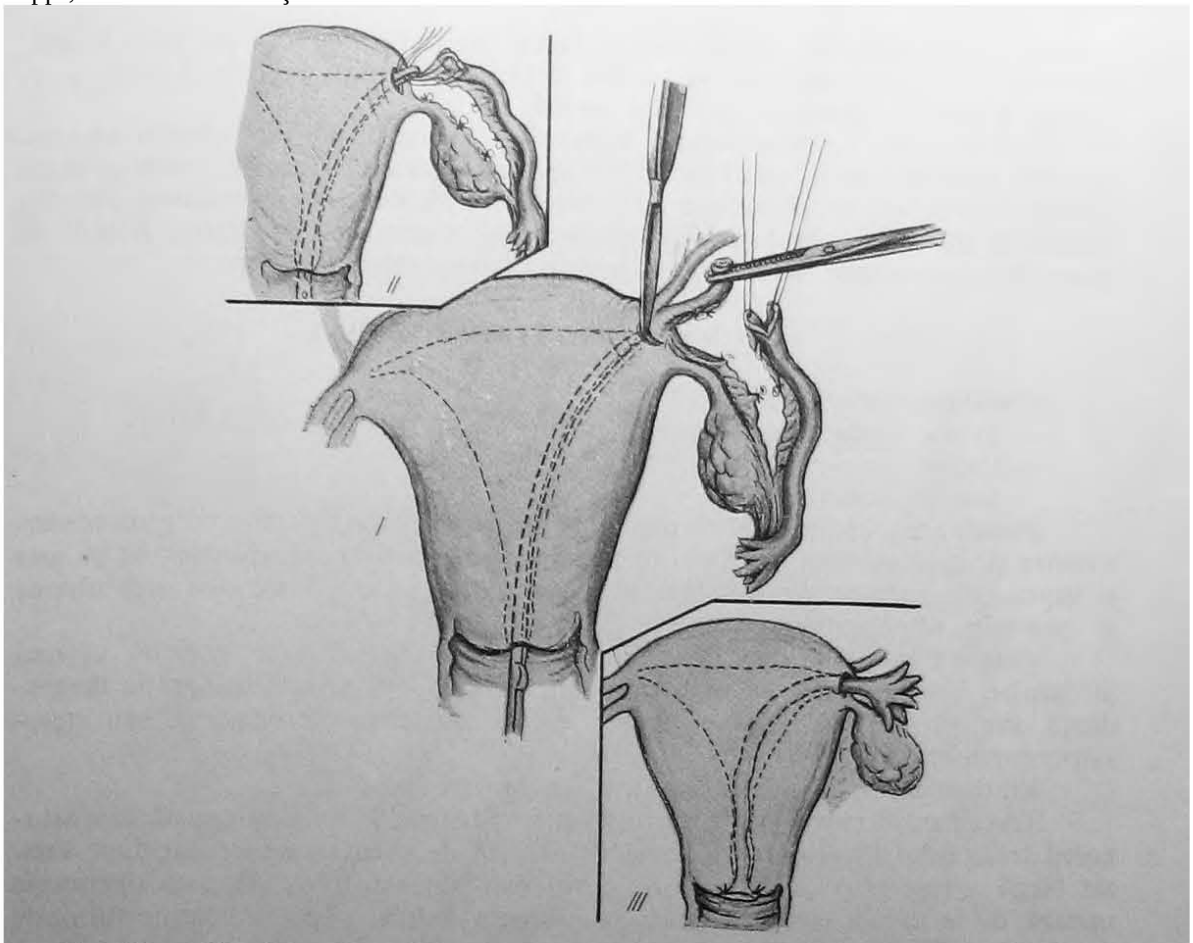


Fig. 287. — Sinechii uterine. Transplantarea trompei în uter după procedeul Musset: *I* — prepararea trompei şi tunelizarea corpului uterin prin excizia porţiunii interstiţiale a acesteia. *II* — felul cum se aduce trompa în uter; *III* — operaţia terminată.

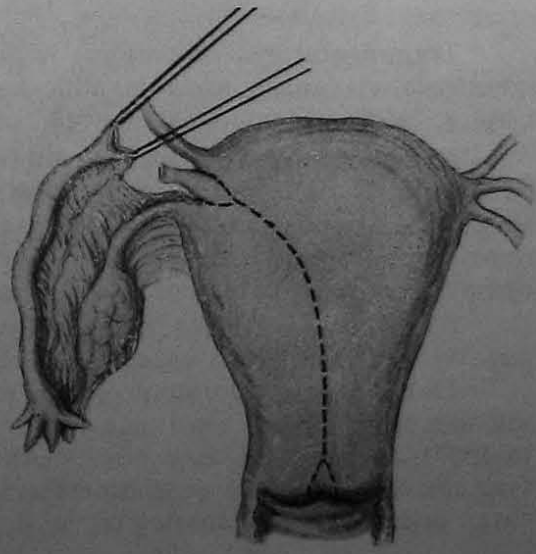


Fig. 288. — Sinechii uterine. Transplantarea trompei în uter, după procedeul Mihalkievicz; linia de incizie pe peretele anterior al uterului. Mezosalpinxul este păstrat în întregime.

Perspectivele în tratamentul sinechiilor cavităţii uterine aparţin histero- scopiei. Această metodă nouă de endoscopie este posibilă datorită histeroscopului fabricat de Storz. Se introduce $C0_2$ sau Dextran pentru expansiunea cavităţii uterine şi sub imaginea dată de histeroscop se secţionează bridele şi punţile de ţesut fibros constatate, după care se lasă în cavitate steriletul Lipps.

CURA FISTULELOR UTERINE

Clasificare anatomo-clinică:

— fistule utero-abdominale;
— fistule utero-intestinale;
— fistule utero-vezicale.

Fistula utero-abdominală se poate întîlni după operaţiile ginecologice conservatoare şi după cezariene. Drenajul postoperator, desfacerea suturilor de pe uter şi supuraţiile consecutive pot lăsa un traiect comunicant, între cavitatea uterină şi peretele abdominal.

Diagnosticul clinic este simplu: hemoragie ciclică prin orificiul cutanat al fistulei. Traiectul fistulei se poate pune în evidenţă prin fistulografie descendentă sau prin histerosalpingografie; acesta poate fi uteroparietal sau utero- salpingoparietal.

Vindecarea spontană a acestor fistule este posibilă.

Tratamentul chirurgical este indicat în formele cronice şi constă din extirparea traiectului fistulos (cura fistulei), urmată de suturarea uterului după excizia largă a ţesutului cicatriceal din jurul orificiului fistulos. Tactica operatorie variază de la caz la caz în raport cu etiologia fistulei şi cu indicaţiile furnizate de fistulografie.

Fistula utero-intestinală poate urma perforaţiilor uterine, cu lezarea intestinului în timpul curetajului abortiv, sau proceselor supurative după operaţie cezariană, fistulizate în intestin.

Tratamentul este chirurgical şi posibil să fie şi conservator: rezecţia ansei intestinale cu anastomoză termino-terminală urmată de extirparea traiectului fistulos, pînă în cavitatea uterină, cu suturarea miometrului.

Fistula utero-vezicală este una din formele clinice ale istmopatiilor complicate. Se instalează după traumatisme obstetricale (aplicaţia de forceps cu rupturi ale colului), după operaţia cezariană segmentară, în special după operaţiile cezariene iterative, după avorturi provocate (prin dilatarea forţată a colului) şi după operaţii ginecologice (amputaţii ale colului).

Frecvenţa acestor fistule este foarte mică. Musset, în 1950, publică 2 cazuri; Azis, în 1965, publică 4 cazuri şi Hache în 1966, publică 6 cazuri.

După Hache, simptomtologia principală o constituie hematuria clinică sau microscopică în timpul menstruaţiei (menuria — sindrom descris de Youssef, în 1957). Laffont şi Ezes explică mecanismul continenţei vezicale prin formarea ţesutului de granulaţie şi a hiperplaziei mucoasei, cu rol de valvulă. Youssef, care, prin cercetări radiologice, a demonstrat funcţia sfincteriană a istmului uterin, explică hematuria menstruală ca urmare a acţiunii acestui sfincter. Această explicaţie este valabilă numai pentru cazurile la care fistula se găseşte situată deasupra sfincterului istmic (fig. 289).

Diagnosticul diferenţial Ia aceste cazuri fără incontinenţă urinară şi numai cu hematurie în timpul menstruaţiei se face cu endometrioza vezicală. Menuria cu incotinenţă urinară se asociază cu infecţii urinare repetate. Urina se elimină în cantităţi variabile prin vagin, fiind însoţită ciclic de hematurie microscopică (semn patognomonic). Diagnosticul se face prin anamneză (antecedente obste- tricale), cistoscopie, cistografie şi proba cu albastru de metilen.

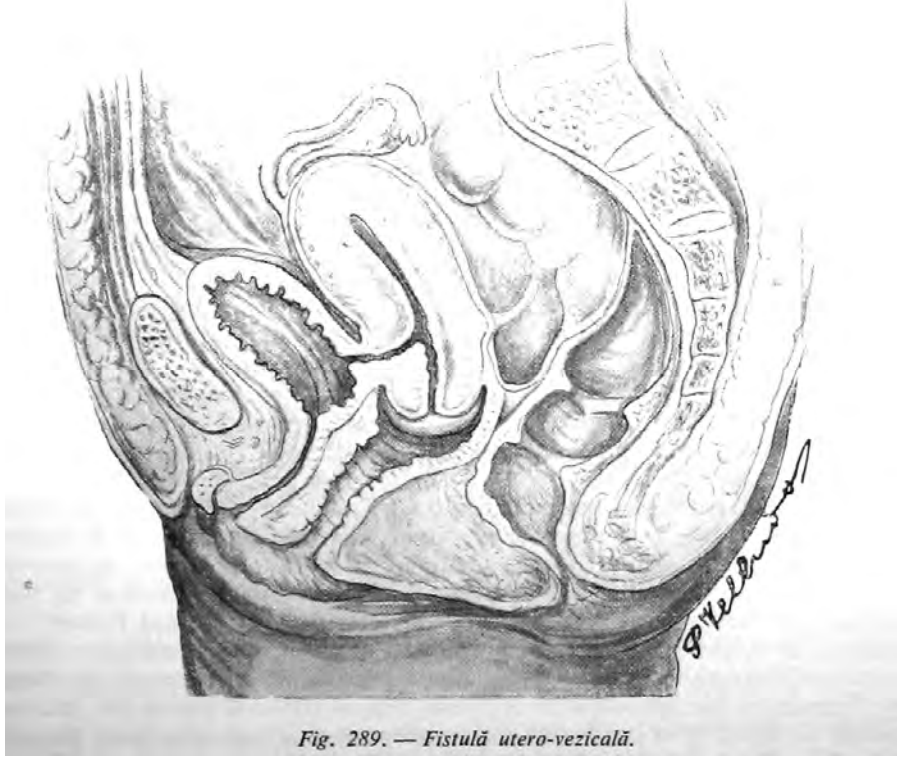


Fig. 289. — Fistulă utero-vezicală.

Tratamentul este numai chirurgical, vindecarea spontană fiind rară. Operaţia se face numai după 6 luni de la naştere pentru ca involuţia organelor genitale să fie completă şi traiectul fistulos organizat.

Tactica operatorie se fixează în urma investigaţiilor clinice şi urologice prealabile.

Operaţia se face pe cale abdominală şi constă din separarea uterului de vezică, îndepărtarea ţesutului cicatricea! şi suturarea atentă a pereţilor fiecărui organ.

Vezica urinară se drenează cu sondă Foley timp de 10—14 zile după operaţie, perioadă în care se administrează antibiotice cu spectru larg.

g) IMPLANTAREA OVARULUI ÎN UTER

(vezi pag. 119)

h) CHIRURGIA ISTMULUI

Patologia istmului constituie un capitol nou în ginecologie, cunoscut sub numele de «istmopatii» (Andreoli).

Formele clinice. Pot fi grupate în două categorii:

— istmopatii simple (limitate la istm);

— istmopatii complicate (interesează ţesuturile şi organele vecine).

Istmopatiile simple. Anatomic sînt: hipertrofii sau hipotrofii musculare.

Etiopatogenic sînt: congenitale sau dobîndite.

Fiziopatologic sînt: stenoze (îngustări) sau beanţe (lărgiri).

Istmopatiile congenitale sub forme diferite, de stenoză sau de beanţă, întovărăşesc malformaţiile congenitale ale uterului. Ele pot fi cauză de sterilitate sau de avorturi repetate.

Vecchietti a descris istmopatia plurichistică, dezvoltată pe baza resturilor epiteliale embrionare mulleriene şi a reacţiei citogene înconjurătoare (canalul istmic este neregulat, pereţii îngroşaţi de prezenţa unor formaţiuni chistice cu conţinut limpede, căptuşite cu celule cilindro-cubice).

Istmopatiile dobîndite se întîlnesc după traumatisme obstetricale (rupturi ale colului), avorturi provocate (dilatarea forţată a colului), după operaţia cezariană segmentară sau după operaţii ginecologice (histerotomii vaginale, amputaţii ale colului).

Procesul patologic cicatriceal determină stenoză sau beanţă. Istmopatiile stenozante produc dismenoree şi sterilitate, iar cele prin defect de închidere, avorturi. în ambele forme clinice mai pot fi întîlnite: leucoree şi metroragii.

Diagnosticul pozitiv se face prin explorarea canalului cervical cu histero- metrul, verificarea orificiului intern cu dilatatorul Hegar (testul Palmer — dacă dilatatorul H6gar Nr. 8 trece de la început, aceasta arată insuficienţa istmului), histerosalpingografia şi testul la tracţiune (Traction-test) imaginat de Bergman şi Svennerund (se introduce în cavitatea uterină o sondă Foley Nr. 16, care se umple cu lichid şi se apreciează rezistenţa pe care o opune orificiul cervical intern în momentul cînd se trage sonda în afară). La femeile cu cicatrice după operaţii cezariene, histerografia poate indica o gamă de aspecte patologice (neregu- larităţi, dilataţii chistice, nişe — Lepage).

Tratament. în formele stenozante: istmectomie; în formele cu insuficienţă: istm ora fie şi cerclaj.

Istmectomia procedeul Vecchietti: laparotomie Pfannenstiel, decolarea spaţiului vezico-uterin; izolarea arterelor uterine cu secţionarea ramificaţiilor cervico-istmice; secţionarea şi extirparea istmului (prima incizie se face în partea dinspre col); se suturează cap la cap cele două suprafeţe, primul strat musculo-muscular cu catgut, al doilea strat cu fire nerezorbabile (fig. 290).

Postoperator se administrează antibiotice. Tubul de dren se scoate după 8 zile.

Rezultate. Vecchietti publică 9 cazuri operate: 2 cazuri cu sterilitate şi dismenoree (la unul a găsit istmopatie polichistică congenitală şi la altul, o hiper- plazie adenomatoasă); 2 cazuri cu metroragii după operaţii cezariene (la ambele cazuri a constatat o hiperplazie a mucoasei, cu scleroză musculară adiacentă); 5 cazuri cu avorturi repetate, dintre care 3 cu dismenoree intensă şi 1 caz cu dis- pareunie, dureri lombosacrate şi hipermenoree. La toate aceste 5 cazuri s-au găsit leziuni hiperplazice ale mucoasei, cu sau fără metaplazie pavimentoasă, şi leziuni ale stromei.

Din cele 5 cazuri cu avorturi repetate, 2 au rămas gravide, au dus sarcina la termen şi au născut prin cezariană profilactică. Simptomatologia funcţională (dismenoreea, leucoreea, metroragiile) a dispărut sau s-a ameliorat la toate cazurile operate.

Semnalăm experienţa dobîndită de Vecchietti, care merită să fie luată în consideraţie, dată fiind noutatea acestei orientări terapeutice.

lstmorafia procedeul Las h. Această operaţie cunoscută şi sub numele de *tracheloistmorafie,* este indicată în rupturile cicatriceale ale colului prelungite pînă la istm, cu insuficienţă funcţională a orificiului intern.

Tehnică: colpotomie anterioară arciformă sau în T răsturnat (Crossen); decolarea vezicii cu sau fără secţionarea pilierilor vezicali; se expune faţa anterioară a colului şi prin palpare se apreciază zona subţiată; se poate face fie o simplă plicaturare a ţesuturilor cervicale (istmorafie) cu fire separate de nylon subţire, ca în fig. 291, fie se rezecă ţesutul cicatriceal ca în fig. 292 (istmoplastie) şi marginile se suturează în două planuri fire separate. Incuainte de a se trece la rezecţie, care se poate face rectangulară (Lash) sau în felie de portocală (Palmer), se dilata colul cu dilatator metalic Nr. 10.

Procedeul Lashe se poate folosi atît în afara sarcinii cît şi în timpul acesteia. Rezultatele obţinute în afara sarcinii nu sînt cele mai bune: se poate instala o nouă patologie istmocervicală, urmată de sterilitate în 50% din cazuri (Crokers, Wingley).

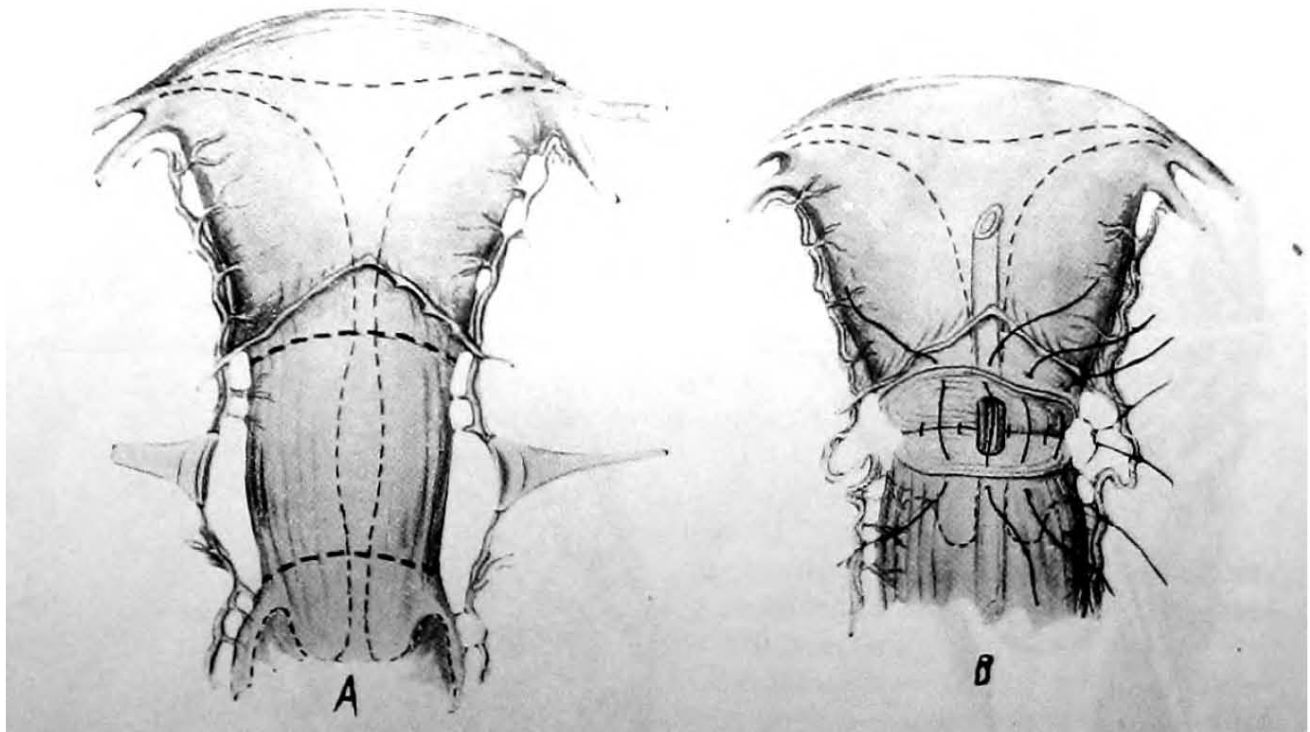


Fig. 290. — Istmectomie, procedeul Vecchietti :
A — Izolarea arterelor uterine şi secţionarea ramificaţiilor cervico-istmice; liniile de incizie la nivelul istmului.
B — Suturarea suprafeţelor de secţiune şi drenajul utero-cervical.

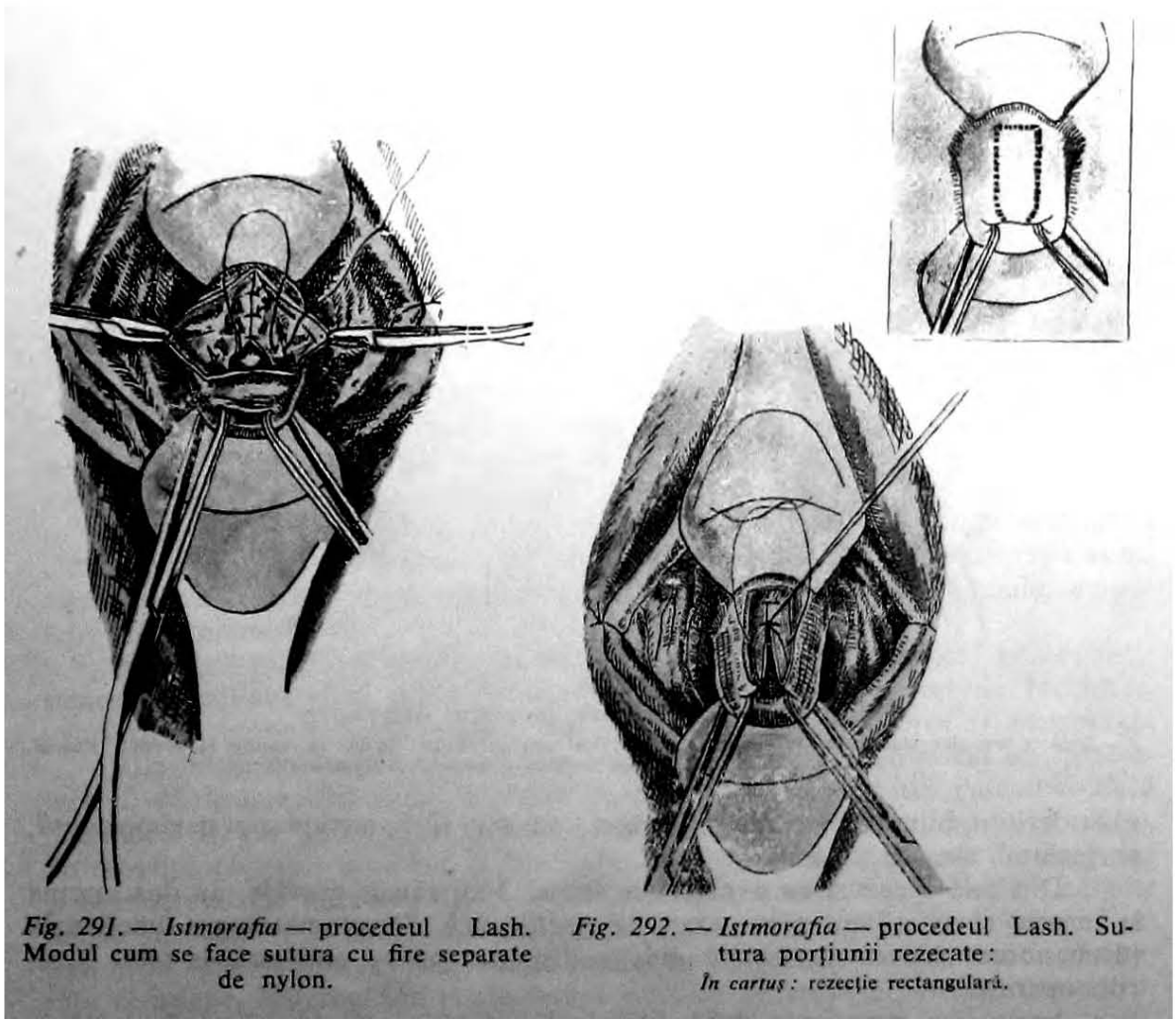


Fig. 291. — Istmorafia — procedeul Lash. Modul cum se face sutura cu fire separate de nylon.

Fig. 292. — Istmorafia — procedeul Lash. Sutura porţiunii rezecate:
În cartuş : rezecţie rectangulară.

Istmopatiile complicate. Clasificare:
— aderenţele istmoperivezicale,
— fistulele istmo-vezicale,

— tumorile de istm,
— sarcina cervicoistmică,
— adenomatoza colului. Tratament

Aderenţele istmoperivezicale sînt procese fibroadezive care se formează în special după operaţiile cezariene.Tratamentul chirurgical constă din extirparea prin laparotomie a ţesutului aderenţial sclerolipomatos interpus între vezică şi istm, în eliberarea peretelui vezical şi reconstituirea spaţiului peritoneal vezico- uterin.

— *Fistulele istmovezicale* (vezi pag. 270).
— *Tumorile de istm* (vezi pag. 284).
— *Sarcina cervicală* (vezi pag. 291).
— *Adenomatoza colului* (vezi pag. 293).

i) CONIZAŢIA

(vezi pag. 465)

j) CERCLAJUL COLULUI

Acest procedeu se folseşte în timpul sarcinii pe cale vaginală. Este indicat la femeile cu avorturi mari, repetate (infertilitate), la care diagnosticul de incompetenţă cervicală este cunoscut dinainte (anamneză — avorturi între 18—26 săptămîni, cu rupere spontană a membranelor şi făt viu, — testul Palmer sau testul Bergman şi histerosalpinografia) sau se stabileşte în cursul sarcinii (anamneză, scurgeri vaginale hidroreice, colul întredeschis cu membranele vizibile la examenul cu valvele).

Condiţii de efectuare. Acestea diferă, în raport cu indicaţiile clinice.

Indicaţiile cerclajului sînt: profilactice şi curative.

Cu indicaţie profilactică: sarcină de 14 săptămîni, fără contracţii dureroase, fără metroragii, fără infecţii vaginale şi echilibrată din punct de vedere hormonal (frotiu citohormonal vaginal, dozări hormonale).

— Cu indicaţie curativă: canal cervical întredeschis — cerclaj « la călduţ» — sau canal cervical larg deschis, cu membranele vizibile—cerclaj «la cald»—fără contracţii uterine dureroase, fără metroragii, fără pierdere de lichid amniotic, fără scurgeri vaginale infectate şi fără febră. Pentru aceste motive, cerclajul «la cald» se execută numai după observare clinică de 12—24 ore, în care timp se fac investigaţiile respective şi se administrează tratamentele corespunzătoare. Cazurile operate la « foarte cald » sau « la fierbinte» sînt mai întotdeauna sortite eşecului, din cauza prezenţei contracţiilor uterine dureroase şi a infecţiei.

Tehnica. Promotorii acestei conduite chirurgicale în tratamentul avortului prin incompetenţă cervicală sînt: Palmer şi Lacomme (1948), Lash şi Lash (1950), Shirodkar (1955) şi McDonald (1957).

Tehnica spitalului clinic « G i u l e ş t i ». Se foloseşte o tehnică simplificată, inspirată de tehnica descrisă de Palmer. Se trece un fir dublu de nylon gros, încărcat pe un ac curb Reverdin, succesiv pe sub mucoasa cervico-va- ginală, prinzîndu-se şi din grosimea colului şi se înnoadă, lăsîndu-se capetele lungi, de 2—3 cm, în vagin. Intervenţia se face în sala de operaţie sub anestezie intravenoasă cu barbiturice. Este o operaţie de scurtă durată (5’), care nu necesită decît cîteva instrumente: valve vaginale, două pense de col, ac Reverdin curb şi un foarfece.

Se expune colul cu valvele şi se antiseptizează mucoasa vaginului cu alcool 1 se aplică cele două pense lungi pe ambele buze ale colului, una paramedian drept, alta paramedian stîng, cu care se obstruează orificiul extern şi cu care, prin tracţiune, se aduce colul spre vulvă şi se orientează în raport cu succesiunea trecerii acului; în timp ce ajutorul expune cît mai larg fundurile de sac prin jocul valvelor vaginale, operatorul însăilează colul cu firul de nylon, trecînd acul Reverdin curb pe sub mucoasă, dinainte îndărăt şi de la stîngă la dreapta, în sensul invers al acelor ceasornicului (fig. 293); capetele firului se strîng bine, se înnoadă anterior şi se taie la 2—3 cm departe de nod; se scot pensele aplicate pe col şi se pudrează vaginul cu marbadal. Nivelul la care se face însăilarea este la 3 cm de orificiul extern al colului.

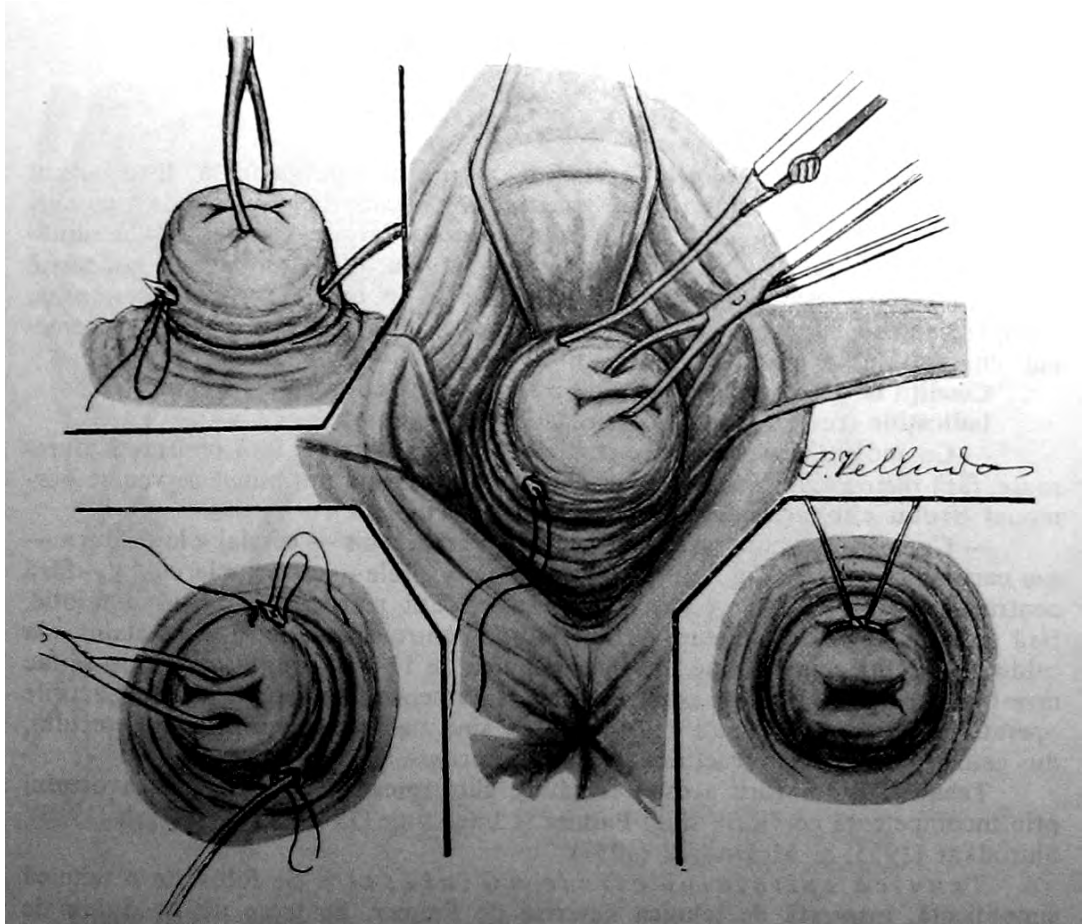


Fig. 293. — Cerclajul colului uterin. Modul în care se trece firul de nylon pe sub mucoasa vaginului cu acul Reverdin curb; capetele firului înnodate se lasă lungi în vagin (procedeul Spitalului clinic « Giuleşti »).

îngrijiri postoperatorii. La cazurile cu indicaţii profilactice spitalizarea durează 7 zile, fără medicaţie specială. La externare se recomandă suprimarea vieţii sexuale şi evitarea eforturilor fizice. Tratamentul cu progestative de sinteză (Gestanon, Turinal) poate fi util. La cazurile cu indicaţii curative, se prelungeşte spitalizarea cu cîteva săptămîni de zile, pentru respectarea repausului la pat. Tratamentul medicamentos asociat este cu antibiotice, valium, duvadilan, papa- verină şi hormonal cu progestative de sinteză. Repausul sexual şi fizic se prelungesc şi după externare.

Rezultate. Cele mai bune rezultate se obţin după cerclajul cu indicaţii profilactice (70—80%). Firul de cerclaj se secţionează fie înainte de travaliu, fie la începutul acestuia. Capetele firului lăsate lungi în vagin, facilitează găsirea şi secţionarea nodului.

Fig. 294. — Cerclajul colului uterin — procedeul Shirodkar. Sutura capetelor bandeletei (după Hervet).

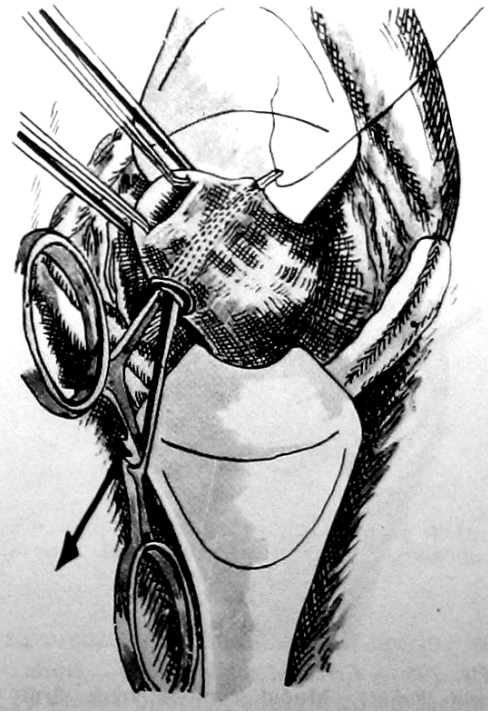


Fig. 295. — Cerclajul colului uterin — procedeul Dellepiane. Modul cum se trece pe sub mucoasa vaginului pensa curbă (după Hervet).

Tehnica Shirodkar: se face cîte o incizie transversală a mucoasei vaginale lungă de 2 cm, în fundul de sac anterior şi posterior, cu decolarea limitată a vezicii şi a Douglas-ului; prin aceste incizii se trece o bandeletă de fascia lata ca în fig. 294; mucoasa vaginală se suturează cu catgut subţire. Naşterea se rezolvă prin operaţie cezariană.

Tehnica Green-Armitage: se foloseşte o bandeletă din material plastic (Mersilk Nr. 4-Ethicon), care se trece la fel ca în procedeul Shirodkar; capetele se înnoadă pe faţa posterioară a colului şi se lasă lungi în vagin; bandeleta se scoate înainte de travaliu.

Tehnica Dellepiane: se face o incizie verticală lungă, de 1 cm pe faţa posterioară a colului; cu o pensă lungă, curbă, se face un pasaj pe sub mucoasă, latero-cervical, în dreapta şi în stînga, şi se apucă firul de cerclaj care se înnoadă posterior (fig. 295); cele două mici incizii posterioară şi anterioară se suturează cu catgut.

Tehnica P a I m e r: se face colpotomie anterioară orizontală cu decolarea vezicii; prin această deschidere se trece cu acul sertizat un fir gros de nylon, în patru puncte cardinale ale colului fără să fie trecut pe sub mucoasă (fig. 297). Capetele se înnoadă posterior; în acelaşi mod se aplică un al doilea fir, ceva mai sus, cît mai aproape de orificiul intern al colului (cerclaj dublu).

Tehnica W u r m : se închide complet canalul cervical cu două fire de nylon trecute cu acul în U ca în fig. 298.

C e r cl aj u l colului pe cale abdominală este indicat la cazurile la care colul este dilacerat de cicatrice sau foarte scurt. Se face şi în afara sarcinii, cu caracter preventiv la cazuri la care cerclajul vaginal s-a soldat cu eşec.

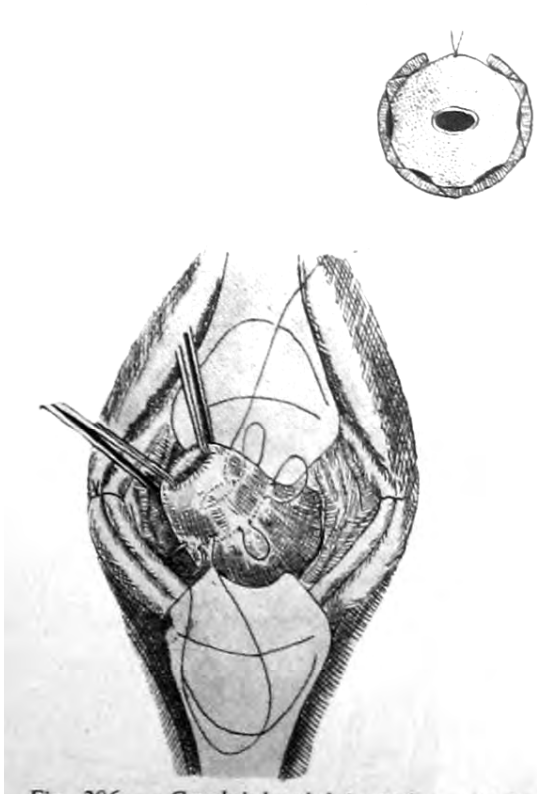


Fig. 296. — Cerclajul colului uterin — procedeul Palmer. Modul cum se trece firul (după Hervet).

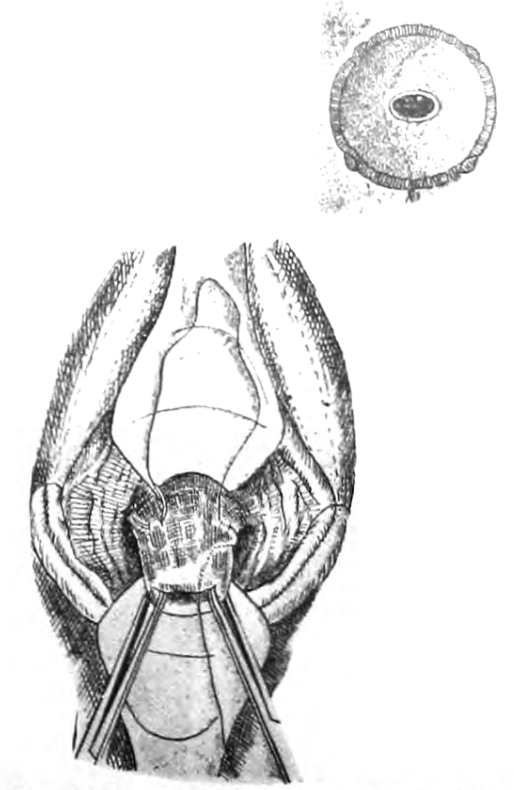


Fig. 297. — Cerclajul colului uterin — procedeul Hervet. Modul cum se trece firul.

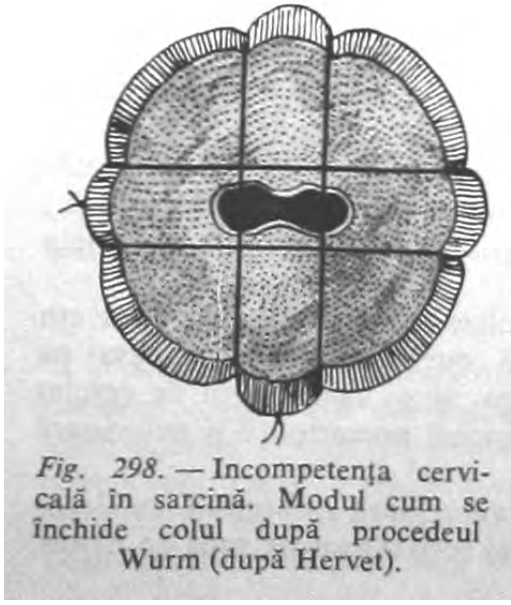


Fig. 298. — Incompetenţa cervicală în sarcină. Modul cum se închide colul după procedeul Wurm (după Hervet).

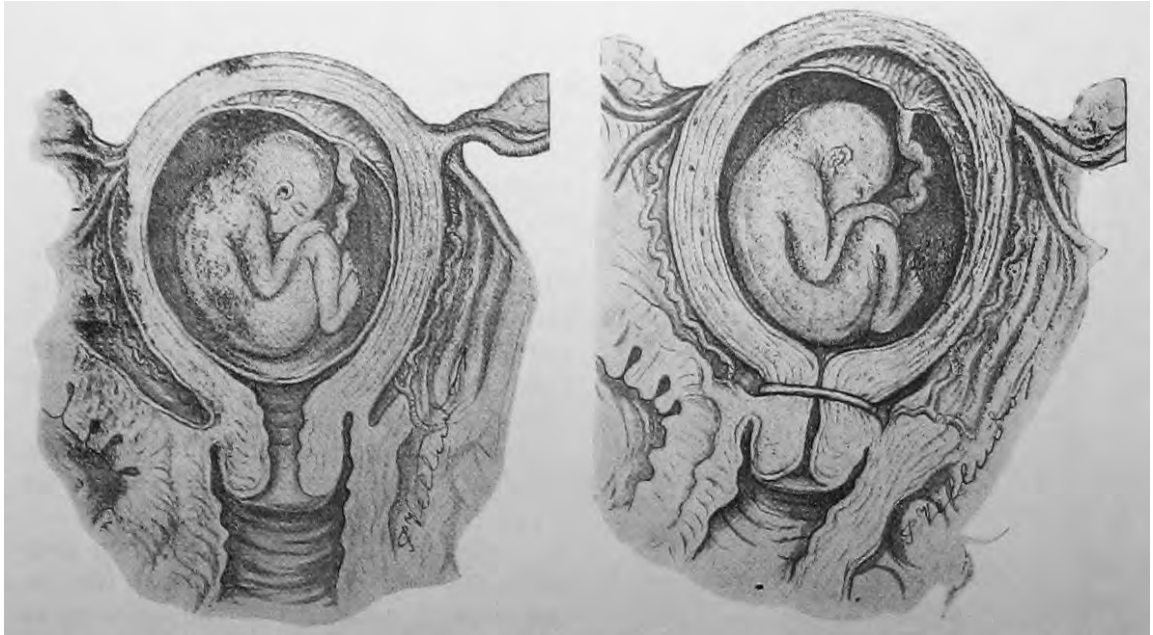


Fig. 299. — Cerclajul colului pe cale abdominală. Spaţiul avascular existent între artera uterină şi peretele uterului.

Fig. 300. — Cerclajul colului pe cale abdominală. Locul unde se aplică panglica de Mersilen.

Tehnica: laparotomie Pfannenstiel; se decolează vezica; se disecă zonele pentru a se ajunge la un spaţiu liber nevascularizat (fig. 299); se face hemostaza unor vase mici; se străpunge foiţa posterioară a ligamentului larg de ambele părţi şi se trece în jurul istmului o panglică de Mersilen lungă de 12—15 cm (fig. 300); capetele panglicii sînt cusute cu fire de mătase; nu este nevoie să se fixeze panglica la muşchiul uterin; se suturează peritoneul vezico-uterin; se închide peretele abdominal.

Rezultate. Benson şi Durfee publică 10 cazuri operate, soldate cu 13 sarcini cu 9 copii vii, extraşi prin operaţia cezariană.

k) LIGATURI VASCULARE ÎN SCOP HEMOSTATIC

Indicaţii: în hemoragiile obstetricale din timpul operaţiei cezariene sau din postpartum şi în hemoragiile ginecologice. Aceste ligaturi se substituie indicaţiilor histerectomiei de hemostază.

Ligatura arterelor uterine. Se execută uni- sau bilateral: se deschide foiţa anterioară a ligamentului larg, care oferă acces direct asupra pachetului vascular latero-uterin; artera se leagă mai sus sau mai jos, după cum este necesar să se prindă în hemostază şi teritoriul ramurilor cervicale (fig. 301); firul de ligatură se trece cu acul Coopper sau cu o pensă curbă, care încarcă artera evitîndu-se pe cît se poate venele adiacente; ligatura se poate face cu fir de aţă (ligatură definitivă) sau cu fir de catgut (ligatură provizorie). în hemoragiile obstetricale se preferă ligatura provizorie, care permite ulterior recanalizarea arterelor. Imediat după legarea arterelor uterine, uterul se contractă, din cauza anoxiei şi hemoragia se opreşte. La început uterul este palid apoi se recolorează treptat.

Funcţiile uterului se păstrează intacte, inclusiv funcţia de gestaţie. Ligatura arterelor hipogastrice (vezi capit. III).

1) CHIURETAJUL CAVITĂŢII UTERINE

Clasificare:
— chiuretaj evacuator
- chiuretaj hemostatic, biopsie şi explorator.

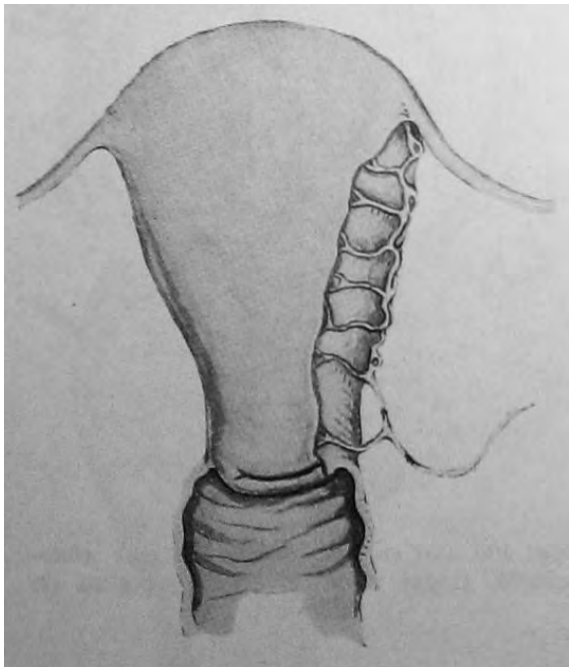


Fig. 301. — Cele două niveluri la care se leagă artera uterină în hemoragiile din post-partum.

Indicaţii: întreruperea sarcinii pînă la 3 luni (avortul terapeutic), avortul spontan incomplet efectuat, hemoragiile din post-partum şi meno-metroragiile.

Instrumentar: două valve vaginale Sims, două pense de col Pozzi, un his- terometru, două pense vaginale lungi, o pensă pentru resturi, trei-patru chiurete fenestrate de diferite mărimi şi un set de dilatatoare metalice Hegar.

Anestezie: generală, intravenoasă, cu barbiturice sau locală, cu soluţie xilină 1%.

Condiţii de efectuare: examen genital bi-manual şi cu valvele, pentru precizarea situaţiei colului şi corpului uterin, ca volum şi orientare. De asemenea, este indispensabilă o foarte bună dilatare a colului.

Tehnica chiuretajului evacuator, abortiv, cu dilatare extemporanee a colului uterin:

- se antiseptizează pielea regiunii vulvo-perineale cu alcool iodat;
- se expune colul uterin cu valvele vaginale şi se antiseptizează mucoasa cu soluţie iodată;
- se aplică pe buza anterioară a colului o pensă Pozzi sau Museux, cu care se fixează şi se orientează colul în axul vaginului; se suprimă valva anterioară;
- se dilată canalul cervical cu bujiile metalice Hegar (acestea se introduc succesiv pînă se obţine dilatarea convenabilă);
- se introduce chiureta cea mai mare şi cu mişcări de la fundul uterului spre canalul cervical, se detaşează oul şi se extrage, în fragmente succesive;
- se revizuieşte cavitatea uterină cu o chiuretă mijlocie, raclînd pereţii de la fund spre canalul cervical;
- se controlează coarnele cavităţii uterine cu o chiuretă mică, printr-o mişcare giratorie, pentru fiecare corn (chiureta se prezintă la orificiul colului întotdeauna cu concavitatea spre buza anterioară şi se introduce pînă în fundul uterului; orice mişcare a chiuretei în cavitatea uterului începe de la fund spre col).
- se verifică hemostaza, se suprimă pensa de pe col şi se scoate valva vaginală; — pansament vulvar.

Situaţii speciale:

Sarcină mai mare de 14 săptămîni: dilatarea colului se face pînă la Hegar 16—18; se sparge punga oului şi embrionul se extrage fragmentar, cu pensa pentru resturi (examinîndu-se fiecare fragment anatomic extras) după care se extrage placenta cu chiureţa mare şi se completează raclarea pereţilor cavităţii uterine, de control, cu chiuretele mai mici.

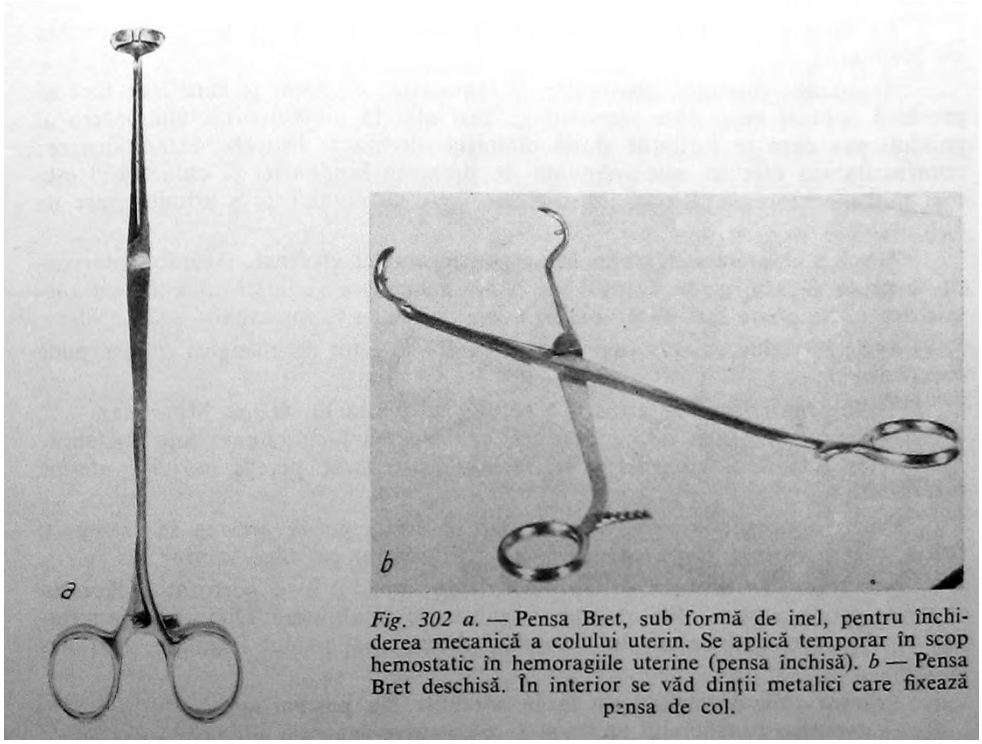


Fig. 302 a. — Pensa Bret, sub formă de inel, pentru închiderea mecanică a colului uterin. Se aplică temporar în scop hemostatic în hemoragiile uterine (pensa închisă). *b* — Pensa Bret deschisă. În interior se văd dinţii metalici care fixează pensa de col.

Hemoragie în timpul chiuretajului: se injectează intravenos, ergomet sau methergin şi se exprimă uterul prin masaj abdominal; se introduce şi se lasă în col cîteva momente o compresă îmbibată cu ether iodat; se injectează o fiolă de oxiton în buza colului. Dacă hemoragia nu se opreşte, se revizuieşte cavitatea uterină cu chiureţa (resturi ovulare posibile). Dacă hemoragia nu se opreşte cu nici unul din procedeele enumerate şi cavitatea uterină este sigur goală, se aplică pensa Bret pe col (fig. 302), sau, în lipsa acesteia, două pense Pozzi, care se lasă pe loc 12 ore.

Tehnica chiuretajului uterin abortiv cu dilatare prealabilă a colului uterin, cu laminarie:

- se expune colul cu valvele, se antiseptizează cu soluţie de iod şi se apucă

buza superioară cu pensa Pozzi;

- se controlează canalul cervical cu histerometru;

- se introduce în canalul cervical laminaria al cărei capăt inferior rămîne vizibil în vagin, 1—2 centimetri; se lasă o compresă în fundul de sac vaginal posterior.

- Chiuretajul se face după 12 ore; se introduc valvele vaginale, se apucă buza superioară a colului cu pensa Pozzi şi se scoate compresa din vagin; se apucă capătul vizibil al laminariei cu o pensă şi se extrage; se completează dilataţia colului cu bujii metalice, după care se introduce chiureţa.

La sarcinile trecute de 14 săptămîni se pun mai multe laminarii (buchet de laminarii).

Avantajele dilataţiei prealabile cu laminarie: dilataţia se face lent fără să producă rupturi musculare interstiţiale, mai ales la nivelul orificiului intern al colului, aşa cum se întîmplă după dilataţia mecanică, brutală, extemporanee; contractilitatea uterului este solicitată de prezenţa laminariei şi chiuretajul este mai puţin hemoragie. Riscul infecţiei este mic şi evitabil prin administrare de antibiotice.

Tehnica chiuretajului uterin în avortul incomplet efectuat. Această intervenţie se practică de urgenţă, impusă de hemoragia mare vaginală asociată cu anemie acută. Se poate face fără anestezie sau cu mialgin, intravenos.

— Se introduc valvele vaginale, se curăţă vaginul de cheaguri şi se expune colul uterin;

— Se prinde buza anterioară a colului cu pensa Pozzi sau Museaux;

— Se completează dilataţia (dacă este necesar) cu cîteva bujii metalice;

— Se introduce chiureţa şi se raclează sistematic pereţii cavităţii uterine extrăgîndu-se resturile ovulare.

Dacă fragmente ovulare sînt vizibile în aria colului, acestea se extrag cu pensa pentru resturi, după care urmează chiuretajul cavităţii uterine.

Accidente. în ambele situaţii, accidentul posibil este perforaţia. Aceasta se poate produce fie cu dilatatoarele metalice, fie cu chiureţa. Dilatatoarele metalice produc perforaţii la nivelul istmului, chiureţa la nivelul fundului, mai ales la coarne.

Tehnica chiuretajului uterin în hemoragiile din postpartum.

—expunerea orificiului uterin se face cu valve vaginale late;

— se aplică pe buza anterioară una sau două pense Museux (marginile fiind friabile este nevoie ca priza cu pensele să se facă pe o suprafaţă mai mare);

se introduce chiureţa mare Volkmann cu găvanul lingurii îndreptat anterior şi se raclează pereţii şi coarnele cavităţii uterine, cu mişcări de Ia fund spre col. Pereţii uterului sînt de consistenţă inegală, ceea ce face ca acest control instrumental să fie dificil. Administrarea de ocitocice este utilă pentru tonificarea pereţilor, ca şi menţinerea fundului uterin cu palma mîinii stîngi în timpul chiuretajului, pentru controlul mişcărilor chiuretei. După terminarea chiuretajului, re- tracţia uterului se menţine prin masaj abdominal şi cu medicamente uterotonice (ergomet).

Tehnica chiuretajului uterin hemostatic, biopsie şi explorator.

—se expune colul uterin cu valvele şi se prinde buza superioară cu pensa Pozzi (se prinde numai din grosimea buzei, la periferia orificiului extern, pentru ca pensa să nu împiedice introducerea dilatatoarelor);

—histerometria este obligatorie pentru precizarea direcţiei canalului cervical şi a dimensiunii cavităţii uterine;

— se procedează la dilataţie extemporanee cu bujii metalice pînă la Hegar 8—10 (dilatatoarele de la 7 pînă la 10, se lasă pe loc, fiecare, cîte 1/2 minut);

— se introduce chiureta şi se raclează pereţii cavităţii uterului, sistematic, de la fund spre col, extrăgîndu-se fragmente de endometru, deseori sub formă de lambouri (în hiperplazia glandulo-chistică a endometrului), sau de ţesut cere- briform (în adenocarcinomul de endometru), sau formaţiuni cu aspect polipos.

întreg produsul de chiuretaj se adună în tăviţa renală ţinută sub valva vaginală. La sfîrşitul raclajului, fragmentele de ţesut se spală cu apă rece şi se introduc într-un borcan cu soluţie formol 10% în vederea examenului ana- tomopatologic.

Cavitatea uterină se revizuieşte de 2—3 ori, cu chiurete din ce în ce mai mici, pînă se simte «ţipătul uterin » şi sîngele din cavitate devine spumos.

Cu ocazia chiuretajului se explorează pereţii cavităţii cu importanţă pentru diagnostic (praguri scleroase, bride, tumori endocavitare, tumori submucoase).

— Se scoate pensa de pe col; pansament vulvar.

După intervenţie se aplică pungă cu gheaţă pe abdomen, cîteva ore. Bolnava rămîne spitalizată minimum 48 ore.

Chiuretajul uterin fracţionat: după dilatarea colului uterin se raclează canalul cervical cu o chiuretă mică şi întreg produsul se reţine separat pentru examenul anatomopatologic; în continuare, se face chiuretajul cavităţii uterine şi ţesuturile raclate se fixează într-un alt borcan cu soluţie de formol.

Accidentele imediate ale chiuretajului uterin sînt hemoragiile şi perforaţiile.

— In hemoragii se recurge la exprimarea uterului prim masaj abdominal, medicamente uterotone şi revizuirea cavităţii uterine cu chiureta. In hemoragiile post-partum se poate recurge la tamponarea cavităţii uterine cu meşe mari şi uneori la histerectomie rapidă de hemostază (histerectomie de necesitate). în hemoragiile prin defecte de coagulare (afibrinogenemie) tratamentul este medical (fibrinogen, enzime antifibrinolitice, transfuzii cu sînge). în hemoragiile care pot surveni după chiuretajul evacuator (avort, resturi ovulare) cu excepţia sarcinei cervicale la care se impune histerectomia rapidă de hemostază, la celelalte, după revizuirea cavităţii şi administrare de ocitocice, se poate recurge la ocluzia canalului cervical cu pensa Bret sau cu pense de col.

— în perforaţii se recurge la laparotomie pentru control şi hemostază (his- terorafie) mai ales cînd nu avem siguranţa că evacuarea cavităţii a fost completă.

Sechele tardive: avorturi şi naşteri premature prin insuficienţa istmului cervical (după dilataţii brutale extemporanee), placenta praevia, placenta acreta şi hemoragii în delivrenţă; tulburări mensturale produse de sinechii (amenoree, oligo-şi hipomenoree); sarcini ectopice şi sterilitate secundară.

m) OPERAŢII PLASTICE ÎN MALFORMAŢII

(vezi pag. 445)

n) REZECŢIA ŞI AMPUTAŢIA COLULUI PE CALE VAGINALĂ (vezi pag. 470)

2. OPERAŢII CARE RESPECTĂ NUMAI FUNCŢIA HORMONALĂ ŞI/SAU MENSTRUALĂ

a) ISTMECTOMIA ÎN TUMORILE DE ISTM

Tumorile de istm. Este vorba de fibromul situat în regiunea istmo-cervicală şi care, la femeile tinere, obligă la găsirea unei soluţii chirurgicale conservatoare.

Tumoarea poate fi extirpată fie prin miomectomie, fie prin istmectomie, procedeul Savin-Ţopa, fie prin histerectomie segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin (cervicoistmectomie) procedeul Sîrbu.

MIOMECTOMIA

Este posibilă în majoritatea cazurilor. Dificultăţile operatorii sînt comune tuturor tumorilor inclavate sau incluse, care modifică în dezvoltarea lor, toate rapoartele anatomice ale organelor pelvisului şi cer din partea chirurgului multă experienţă de tehnică şi de tactică operatorie.

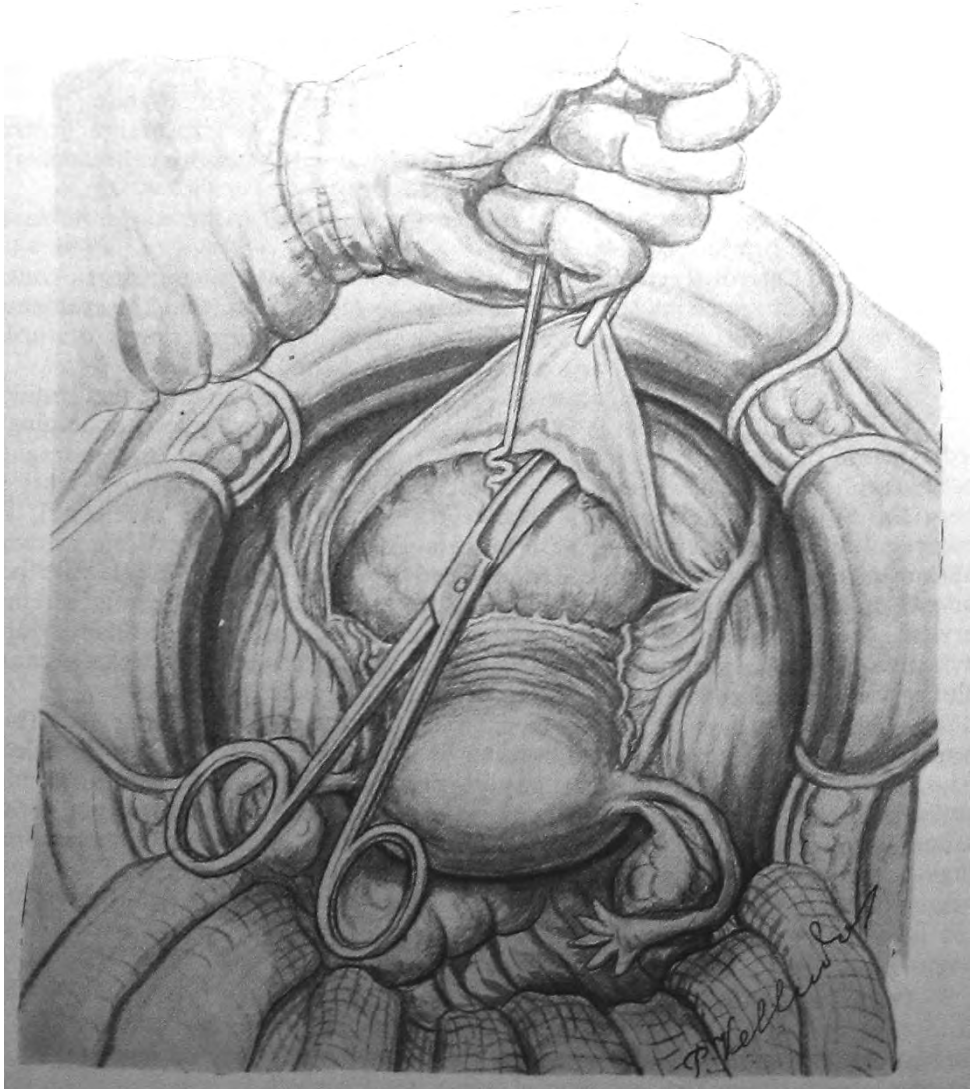


Fig. 303. — Istmectomia — procedeul Savin-Ţopa: decolarea tumorii.

Fig. 304. — Istmectomia — procedeul Savin-Ţopa. Secţionarea uterului deasupra tumorii.

Procedeul tehnic care oferă maximum de securitate actului operator care simplifică intervenţia chirurgicală este miomectomia prin hemisecţie (vezi pag. 244). Din punct de vedere tactic sînt trei momente operatorii importante: decolarea largă a vezicii urinare, incizia pentru hemisecţie pe mijlocul tumorii şi extirparea celor două hemisfere strict în interiorul capsulei; histerorafia pe o pensă Pean introdusă în canalul cervical.

Fig. 305. — Istmectomia — procedeul Savin-Ţopa. Sutura corpului uterin la colul rămas, pe tub de dren, după extirparea tumorii istmice.

ISTMECTOMIA PROCEDEUL SAVIN-ŢOPA

Laparotomie mediană; decolarea largă a vezicii (fig. 303); detaşarea uterului de tumoare ca în fig. 304; extirparea tumorii şi suturarea corpului uterin la colul rămas pe tub de dren ca în fig. 305 şi peritonizare cu vezica (fig. 306).

HISTERECTOMIA SEGMENTARĂ SUBCORPOREALĂ CU IMPLANTAREA UTERULUI ÎN VAGIN — PROCEDEUL P. SÎRBU

Această operaţie este indicată în tumorile fibromiomatoase mari, dezvoltate la nivelul colului şi istmului, tumori care nu pot fi extirpate prin miomectomie, ci numai printr-un procedeu de rezecţie segmentară a porţiunii inferioare a uterului.

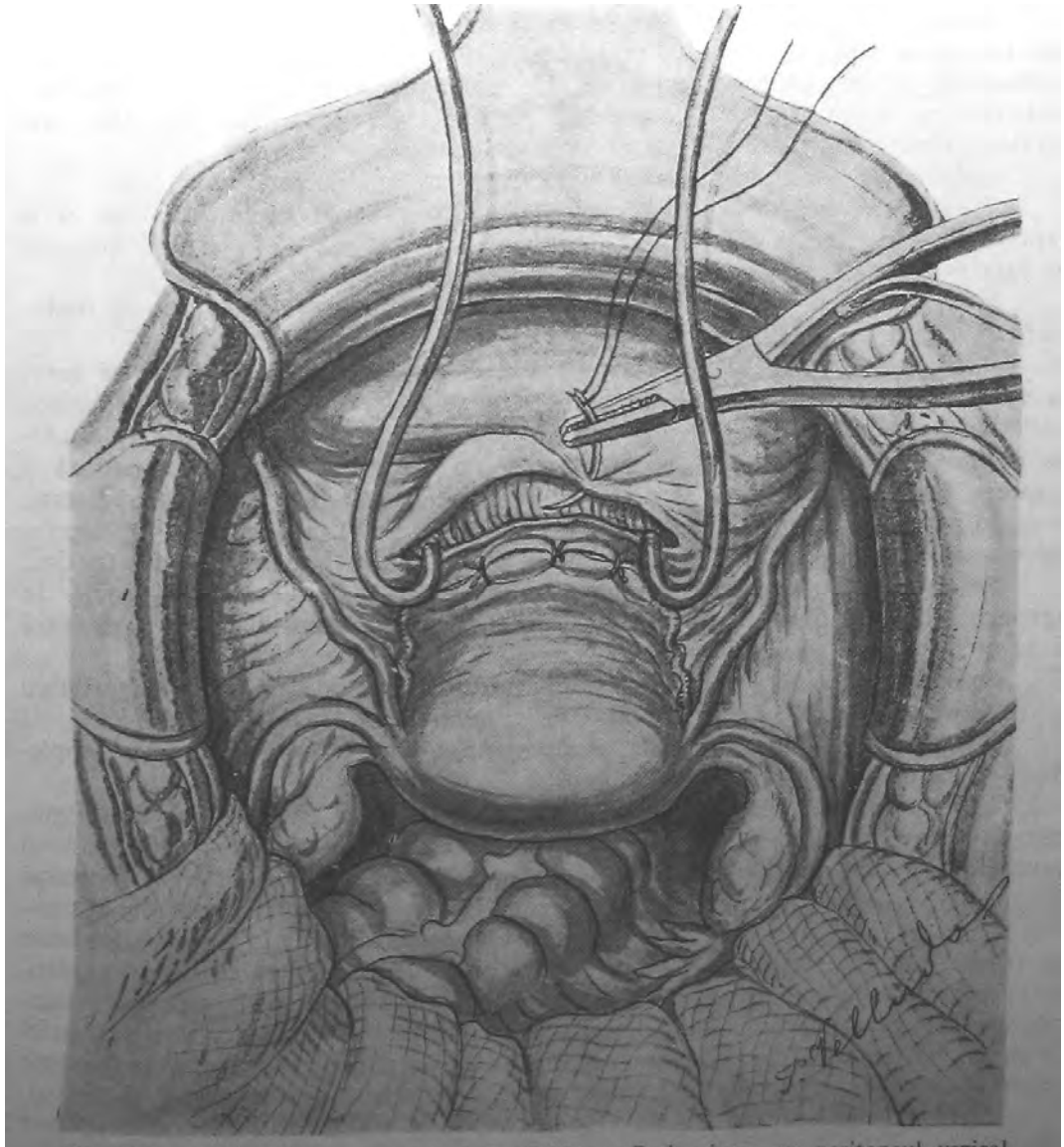


Fig. 306. — Istmectomia — procedeul Savin-Topa. Peritonizare cu peritoneul vezical.

Principiul operaţiei constă în implantarea corpului sau porţiunii fundice a uterului, la marginile vaginului, după extirparea tumorii împreună cu porţiunea istmico-cervicală a acestuia. Operaţia este eminamente conservatoare, fiindcă păstrează toate funcţiunile uterului în acele cazuri patologice care, la prima vedere, par să nu poată fi rezolvate decît printr-un procedeu de histerectomie totală.

Ideea conservării porţiunii fundice a uterului şi a implantării acesteia la vagin a fost emisă cu mulţi ani în urmă, de către Aburel, care a şi aplicat-o cu o tehnică personală în cancerele de gradul 0 şi în micro-cancere, la femeile tinere (vezi colpohisterectomia subfundică).

Deşi se bazează pe acelaşi principiu, tehnica cu care se realizează extirparea tumorilor benigne, voluminoase, ale colului, diferă de colpohisterectomia subfundică pentru cancerele incipiente. De aceea am denumit această operaţie: histerectomie segmentară subcorporeală cu implantarea uterului în vagin sau cervico-istmectomie cu implantarea corpului uterin în vagin.

Cazurile la care este indicată această operaţie sînt rare.

Tehnica: Celiotomie abdominală mediană. Identificarea tumorii şi a rapoartelor ei cu uterul. Explorarea anexelor (uterul se găseşte ca o mică cocoaşă pe faţa posterioară a tumorii, cu anexele normale) (fig. 307).

Se introduce un sfredel chirurgical, în tumoare, care serveşte pentru mobi- izarea acesteia (fig. 307).

Se incizează longitudinal peritoneul care acoperă tumoarea, incizie care, în dreptul pliului vezico-uterin, se completează în sens transversal. Cu foarfeca curbă se decolează vezica pînă se ajunge pe peretele vaginului (fig. 308). Se deschide vaginul şi se trece un fir de orientare şi de tracţiune pe buza anterioară a acestuia. Pentru ca tumoarea să poată fi uşor tracţionată în sens cranial şi lateral, se secţionează unul dintre ligamentele rotunde (fig. 309). Secţionarea ligamentului rotund deschide drumul spre parametru în vederea ligaturii arterei uterine.

Se decolează tumoarea pe laturi, hemostaza făcîndu-se din aproape în aproape pînă se întîlnesc pediculii alcătuiţi din vasele uterului care se pensează şi se secţionează (fig. 310).

Se secţionează peritoneul la nivelul trecerii lui de pe tumoare pe uter şi cu foarfeca se detaşează corpul uterului de tumoare (fig. 311).

Se secţionează peretele posterior al vaginului şi se extirpă tumoarea comple- tîndu-se hemostaza.

Se implantează corpul uterin la vagin cu ajutorul a două fire de catgut, trecute fiecare prin suprafaţa de secţiune a uterului, cît mai aproape de orificiul cavităţii endometriale şi prin peretele corespunzător al vaginului, cît mai aproape de mucoasa acestuia (fig.

312). Cînd se leagă aceste fire, orificiul uterului se centrează la lumenul vaginului. Apoi se trec succesiv fire de jur împrejur, care aduc pereţii vaginului la restul suprafeţei sîngerînde a uterului. Pentru ca pereţii vaginului să se prindă pe uter pe o suprafaţă cît mai mare şi pentru ca să se refacă fundurile de sac vaginale, suprafaţa de secţiune de pe uter se excizează conoid, astfel ca pereţii vaginului să fie suturaţi cît mai sus pe uter. Cu această manevră se poate reconstitui un simulacru de col, alcătuit din pereţii uterului (fig. 312-cartuş).

Se peritonizează pe laturi şi se reconstituie ligamentul rotund secţionat (fig. 313).

Fig. 307. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sîrbu. Sfredelul chirurgical introdus în tumoare şi săgeata de pe uter arată sensul în care se exercită tracţiunea pentru a evidenţia rapoartele dintre aceste formaţiuni anatomice.

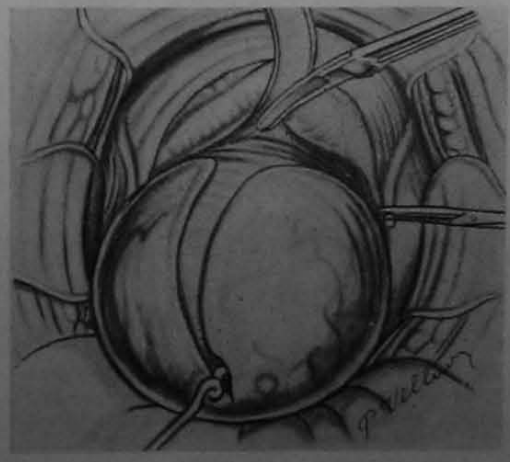


Fig. 308. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sîrbu. Linia de incizie a peritoneului şi decolarea vezicii pînă la peretele anterior al vaginului.

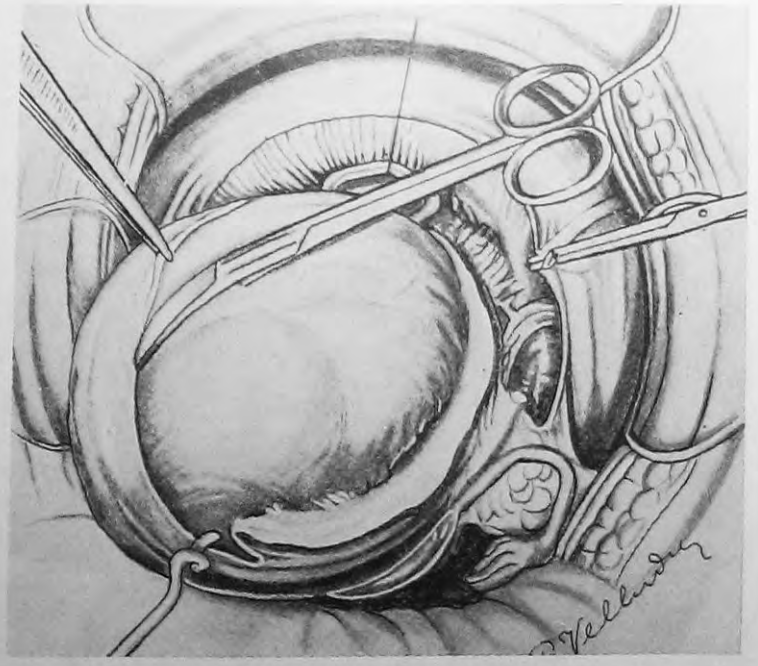


Fig. 309. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sîrbu. Deschiderea vaginului şi firul de marcaj aplicat pe marginea anterioară; secţionarea ligamentului rotund.

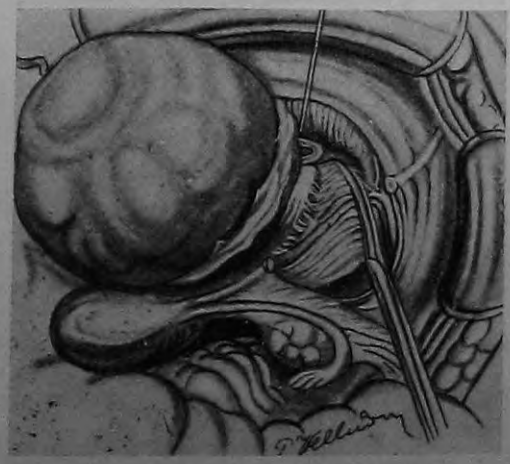


Fig. 310. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sîrbu. Decolarea tumorii pe laturi şi aplicarea pensei pe artera uterină.

Fig. 311. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sîrbu. Detaşarea tumorii de uter.

Peritonizare cu peritoneul vezical (fig. 313-cartuş), pentru a se asigura statica uterului.
Se lasă în cavitatea peritoneală penicilină dizolvată şi se închide abdomenul fără drenaj.

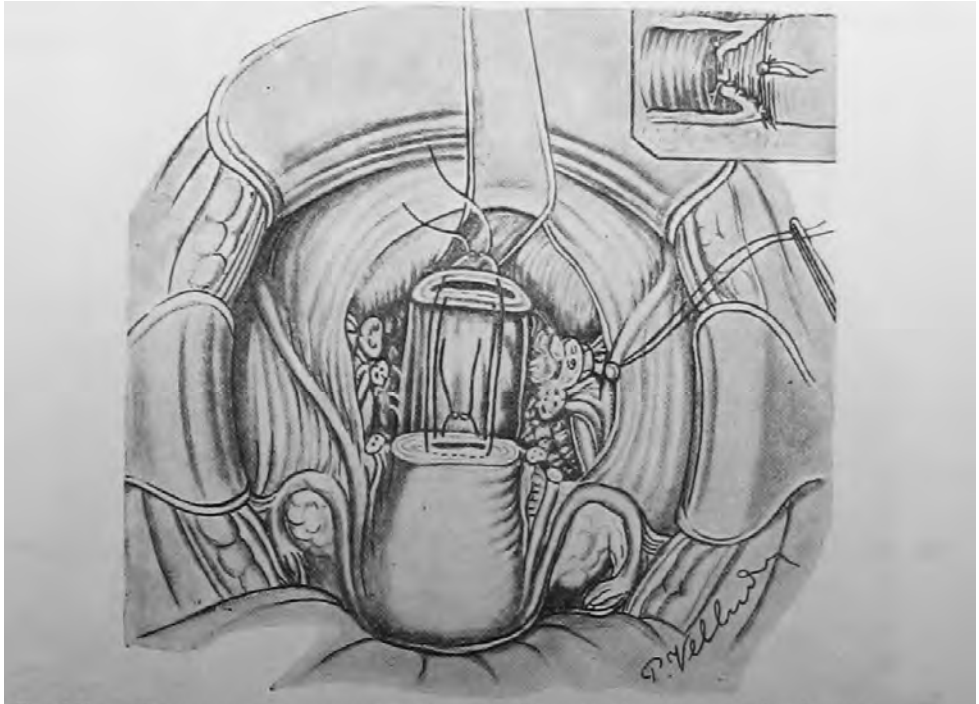


Fig. 312. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sîrbu. Felul cum se trec firele pentru a implanta uterul la vagin:
În cartuş: excizia conoidă a uterului — pentru a se reconstitui un simulacru de col — şi sutura vaginului.

ISTMECTOMIA VECCHIETTI-ANDREOLI

în tumorile de istm se realizează după acelaşi principiu technic (fig. 314 Şi 315).

b. ISTMECTOMIA ÎN SARCINA CERVICALĂ

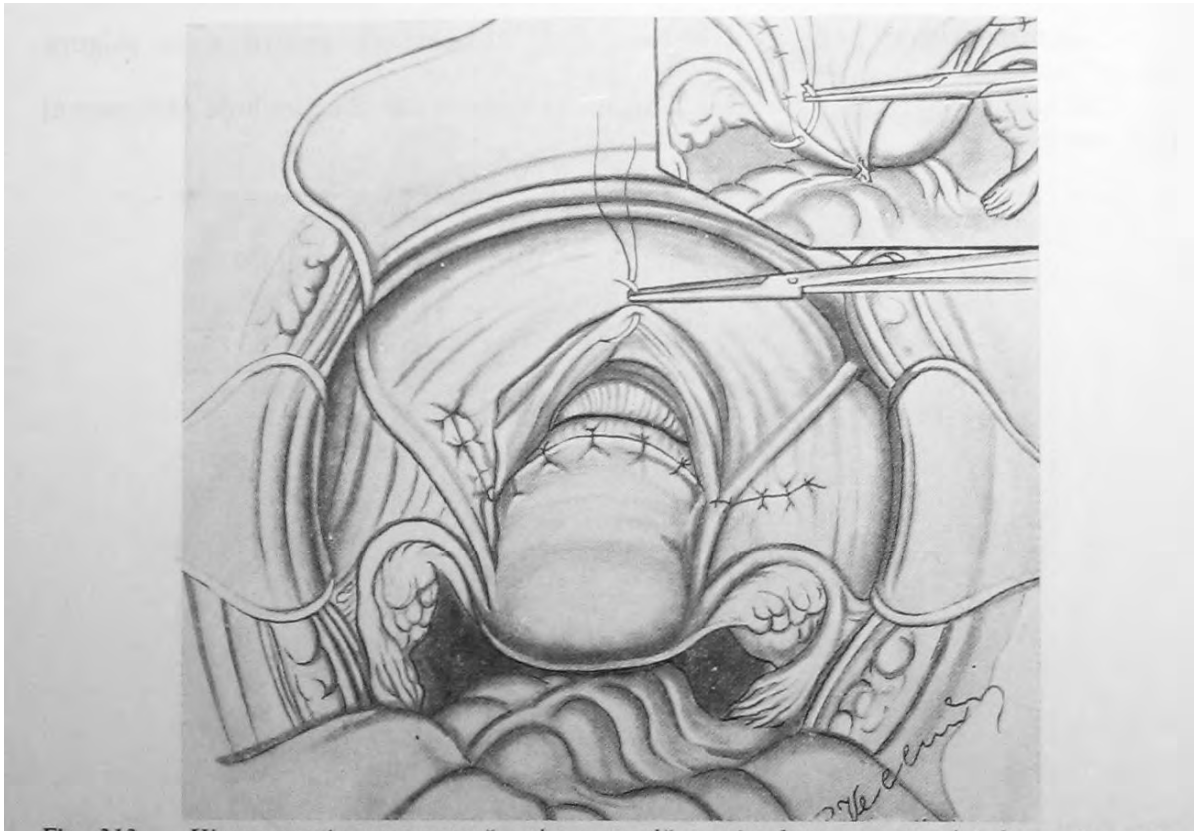


Fig. 313. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sîrbu. Peritonizarea cu peritoneul vezical:
În cartuş: operaţia terminată.

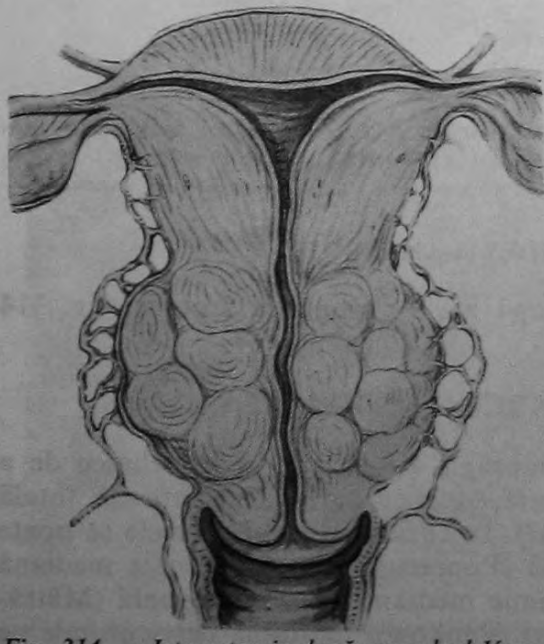


Fig. 314. — Istmectomia după procedeul Vecchietti-Andreoli. Aspectul tumorii istmice (secţiune sagitală).

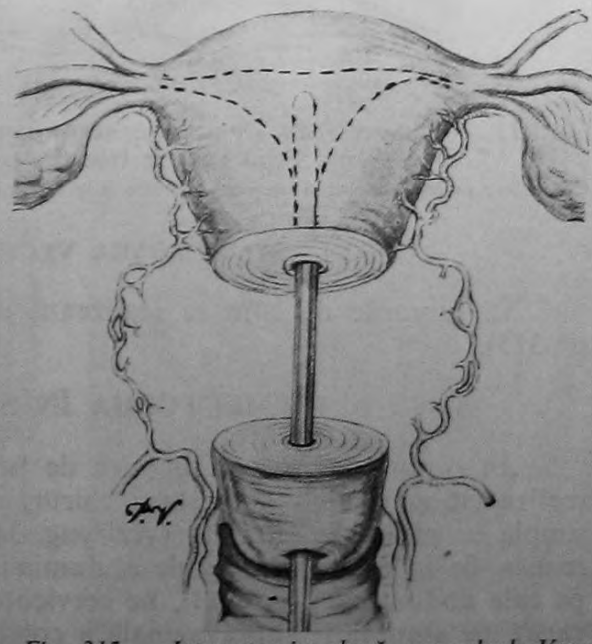


Fig. 315. — Istmectomia după procedeul Vecchietti-Andreoli. Reimplantarea uterului la col pe tub de dren (schemă).

În raport de urgenţa impusă de hemoragie şi cu condiţiile tehnice de a realiza cît mai rapid hemostaza chirurgicală, se recurge la histerectomie totală simplă cu păstrarea anexelor (vezi pag. 343). în cazuri cu totul speciale se poate realiza fie* istmectomie pe cale abdominală (Popescu), fie cervicotomie mediană pe cale abdominală (Aburel), fie cervicotomie mediană pe cale vaginală (Mătră- caru), fie amputaţie supravaginală a colului (Pankow), fie dublă cervicotomie pe cale vaginală (Bacialli). în intervenţiile pe cale abdominală cu caracter conservator, ligatura unilaterală, de necesitate, a arterei uterine, este fără consecinţe-

c) AMPUTAŢIA COLULUI UTERIN PE CALE ABDOMINALĂ. PROCEDEUL HUGUIER

Inidicaţii: adenomatoza sau diverticuloza, degenerescenţa polichistică însoţită de hipertrofie şi endometrioza colului. Cervicografia este indispensabilă în stabilirea diagnosticului.

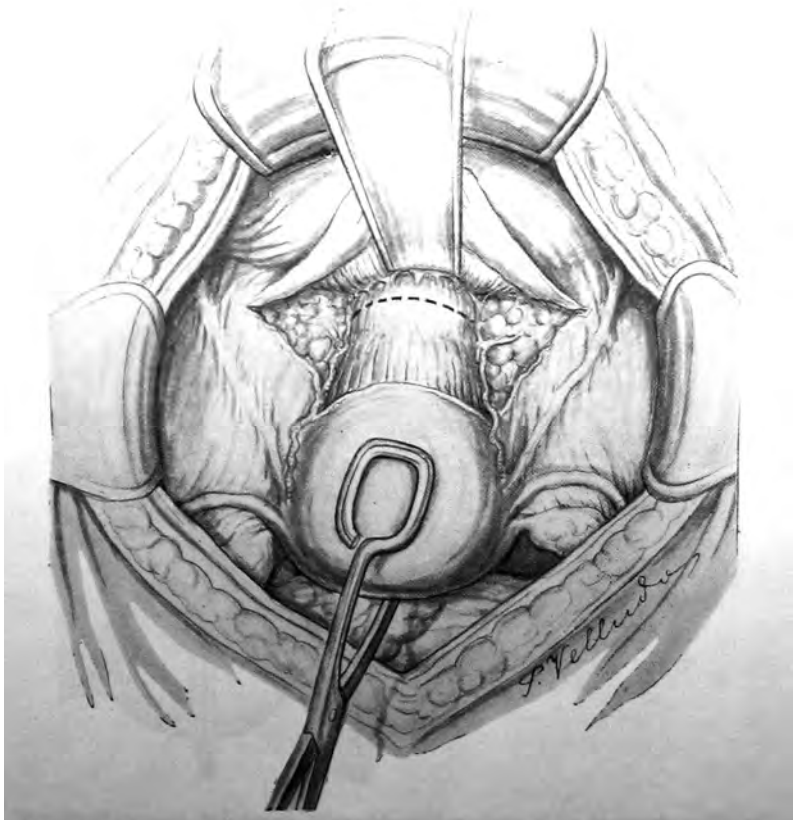


Fig. 316. — Amputaţia colului uterin pe cale abdominală, procedeul J. Huguier. Decolarea vezicii şi linia inciziei transversale pe peretele anterior al vaginului.

Avantaje: se poate face controlul intraoperator al întinderii leziunii şi stabili «de viso» nivelul anatomic la care trebuie făcută amputaţia.

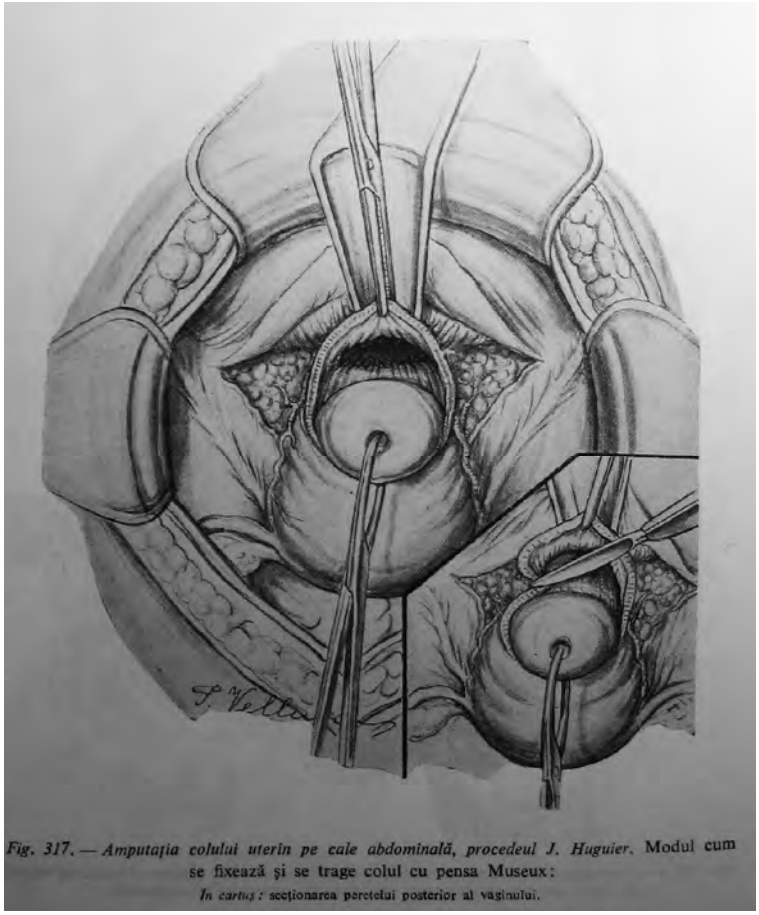


Fig. 317. — Amputaţia colului uterin pe cale abdominală, procedeul J. Huguier. Modul cum se fixează şi se trage colul cu pensa Museux:
În cartuş: secţionarea peretelui posterior al vaginului.

Tehnica:

— Laparotomie Pfannenstiel.

— Incizia peritoneului vezico-uterin şi decolarea vezicii ca în orice histerectomie totală (fig. 316); se incizează transversal peretele anterior al vaginului la nivelul colului uterin, explorat prin palpare.

— Se tracţionează colul uterin cu o pensă Museux (fig. 317) şi se expune peretele posterior al vaginului, care se secţionează cu bisturiul ca în fig. 317- cartuş.

— Se secţionează şi se leagă vasele cervico-vaginale de ambele părţi.

— în timp ce se trage puternic de col în sus, cu bisturiul se detaşează peretele posterior al acestuia de foiţa peritoneului posterior şi de inserţia ligamentelor uterosacrate (fig. 318).

— Se secţionează colul uterin deasupra istmului ca în fig. 319.

— Cu fire de catgut, trecute ca în fig. 320 se reimplantează uterul la vagin.

— Se reconstituie fundul de sac peritoneal vezicouterin ca în fig. 320 cartuş şi se închide peretele abdominal.

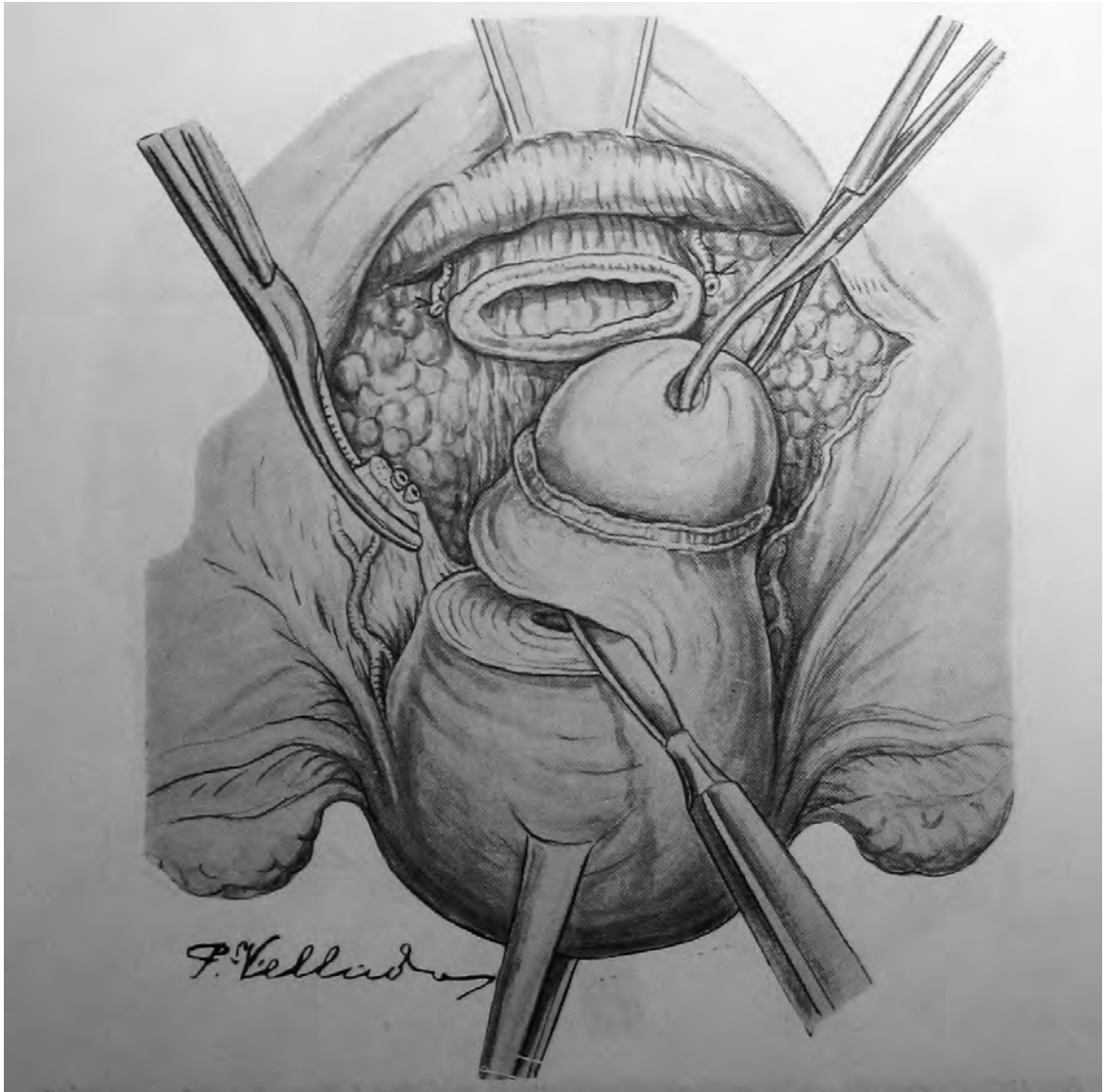


Fig. 319. — Amputaţia colului uterin pe cale abdominală, procedeul J. Huguier. Secţionarea colului deasupra istmului.

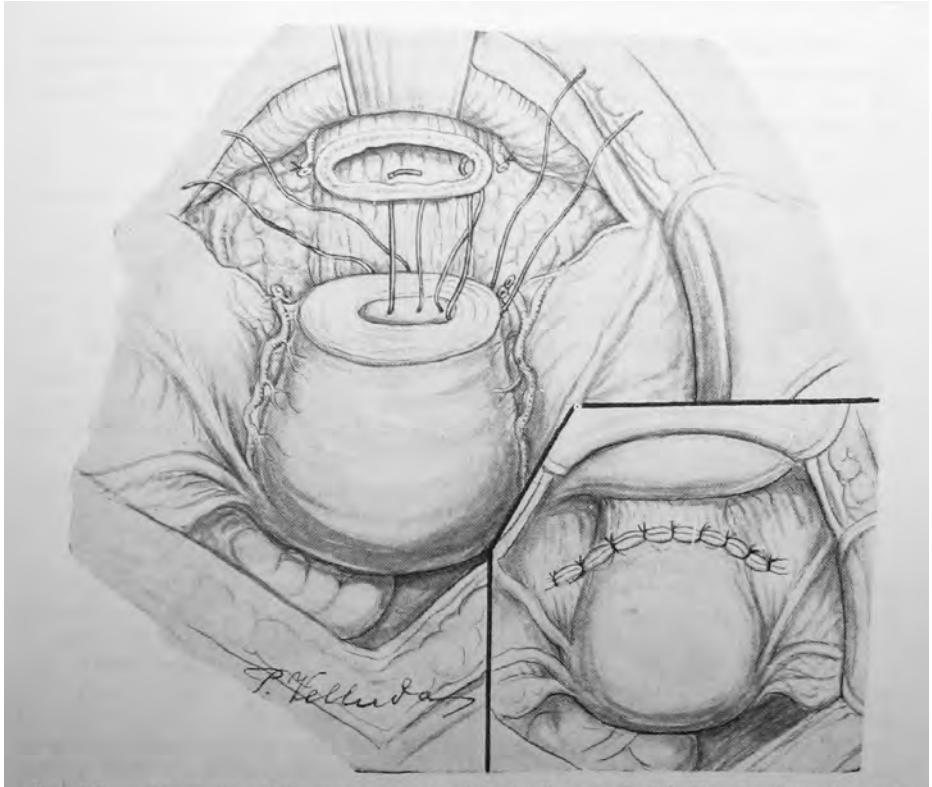


Fig. 320. — Amputaţia colului uterin pe cale abdominală, procedeul J. Huguier. Reimplantarea uterului la vagin:
În cartuş: reconstituirea fundului de sac vezico-uterin.

d) HISTERECTOMIA PARŢIALĂ FUNDICĂ SAU SUBFUNDICĂ

în acest capitol vom descrie cîteva tehnici operatorii de extirpare limitată a uterului (fig. 321).

Aceste tehnici au căpătat, după autorii care le-au propus, diferite nume: histerectomie intermediară, histerectomie supraistmică, histerectomie limitată interanexială, histerectomie fundică interovariană, rezecţie joasă a uterului, histerectomie înaltă sau histerectomie transuterină.

Principii şi eficienţă. Scopul acestor intervenţii operatorii este să se păstreze o porţiune mai mare sau mai mică de endometru, necesar conservării fluxului menstrual şi menţinerii normale a funcţiei endocrine a ovarelor (sinergie uter- ovar).

Indicaţii. Indicaţiile acestor intervenţii s-au lărgit datorită progreselor obţinute In tehnica operatorie şi în anestezie, dar mai ales datorită securităţii împotriva infecţiilor pe care o oferă antibioticele.

Principalele indicaţii sînt: polifibromiomatoză, fibromiomatoza difuză, situaţia posterioară şi apropiată de istm a unor fibromioame, metropatia hemora- gică recidivantă neinfluenţată de tratamentele hormonale[1], uterul retroversat sau retroflectat, dureros şi hipetrofiat, la femei sub 40 de ani.

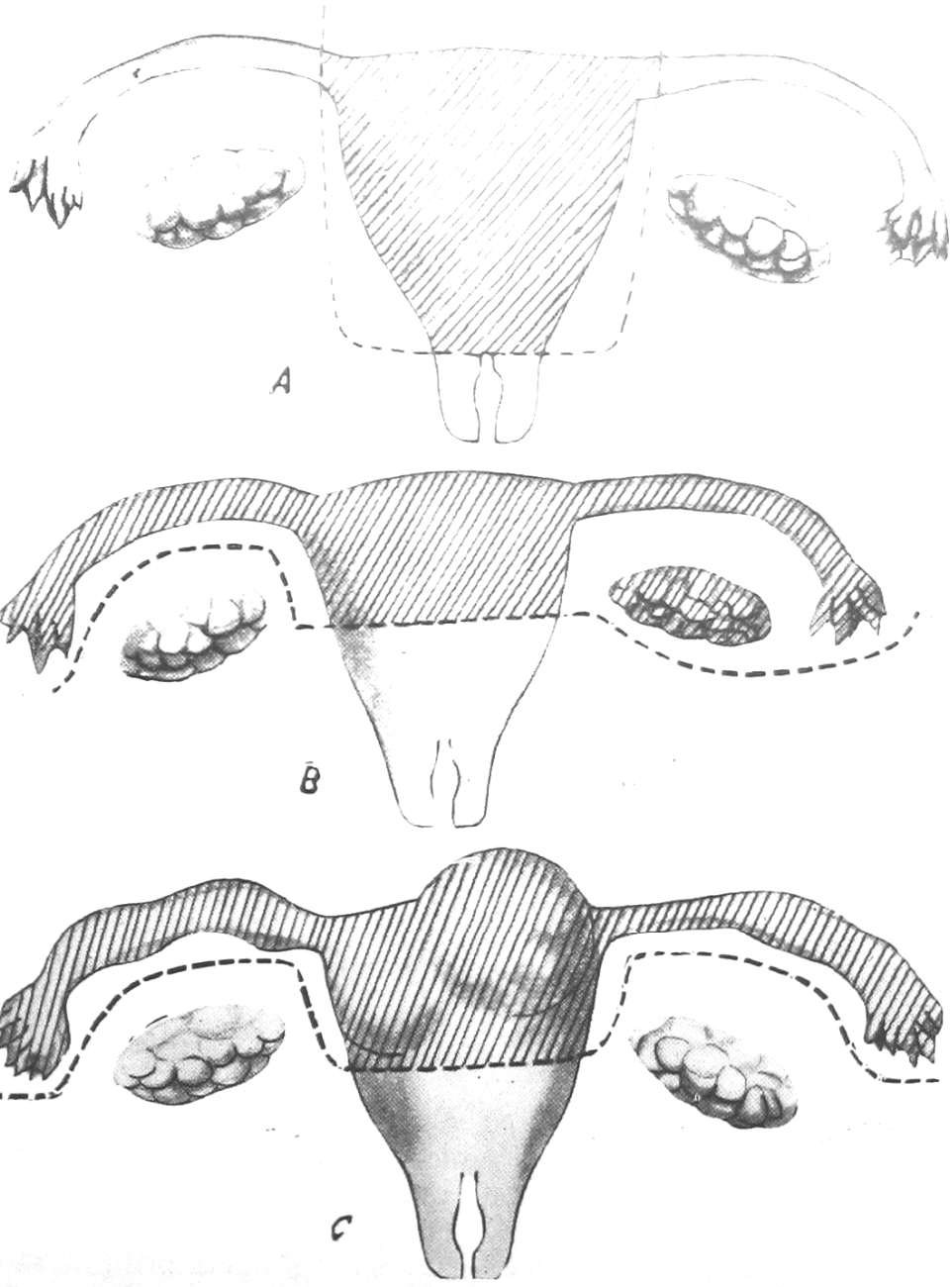


Fig. 321. — Histerectomia parţială :
A — histerectomia istmică cu păstrarea anexelor; *B* — histerectomia fundică Beuttner; *C* — histerectomia fundică interovariană Bourg.

Indicaţiile acestor tehnici de rezecţie limitată a uterului se plasează între imposibilitatea de a practica o miomectomie şi necesitatea de a evita o operaţie radicală.

Contraindicaţii. Aceste intervenţii nu sînt indicate după vîrsta de 40 de ani şi la cazurile la care ovarele nu sînt normale. Sînt total contraindicate în piome- trie şi în stările precanceroase ale colului; ca şi în fibromioamele cu aspecte de degenerescenţă (dacă nu există posibilitatea ca printr-un examen extemporaneu să se elimine degenerescenţă malignă).

Condiţii de efectuare. Condiţia esenţială este starea funcţională a anexelor (ovare şi trompe); caracterele leziunilor uterului să permită rezecţia acestuia la cel puţin 2—3 cm deasupra istmului, pentru ca să se poată păstra o parte din endometru.

Pregătire preoperatorie. Histerosalpingografia este folositoare dar nu indispensabilă. Curetajul uterin biopsie, frotiul vaginal citologic şi examenul colposco- pic al colului sînt măsuri de prudenţă pentru depistarea leziunilor precanceroase sau canceroase.

Repausul la pat cu cîteva zile înainte de operaţie este necesar pentru descongestionarea pelvisului.

Bolnava să fie afebrilă şi cu viteza de sedimentare a hematiilor normală.

Momentul operaţiei: la o săptămînă după terminarea menstruaţiei.

Calea de acces: abdominală prin incizie mediană sau transversală.

Explorarea intraoperatorie a organelor genitale interne stabileşte natura, sediul şi întinderea leziunilor. Decizia asupra tacticii şi tehnicii chirurgicale se ia numai după această inventariere.

Tehnici operatorii.

Excizia transversală cuneiformă a uterului. Operaţia Beuttner. Această tehnică mai este cunoscută şi sub numele de histerectomie fundică (nume dat de Lecene), sau de rezecţie înaltă a uterului (Moc- quot şi Rudler). Este indicată în fibromiomatoza fundului uterului asociată cu leziuni anexiale inflamatorii cronice. Operaţia constă din extirparea în totalitate a unei anexe iremediabil bolnave (ovar şi trompă), a trompei din partea opusă, de asemenea definitiv compromisă, şi a fundului uterului (fig. 322).

Timpii operatori: Laparotomie urmată de explorarea uterului şi a anexelor. După izolarea anselor intestinale şi eliberarea anexelor de eventuale aderenţe se precizează care ovar poate fi conservat.

Exereză anexelor bolnave. Se poate proceda în două moduri după cum anexele se lasă sau nu desfăcute de pe pereţii pelvisului, astfel:

— dacă anexele se liberează uşor, exereză acestora începe cu partea cea mai puţin bolnavă şi dinspre pereţii pelvisului, spre uter. în acest sens se apucă uterul cu histerolabul sau cu două pense Kocher aplicate pe coarne, iar căpătui terminal al trompei se prinde cu o pensă «în inimă». Trăgînd de aceste pense se evidenţiază mezosalpinxul, care se secţionează cu foarfecele din afară înăuntru, fie porţiune cu porţiune, aplicînd pense pe vasele care sîngerează, fie dintr-o dată, după ce se aplică o singură pensă Kocher pînă la marginea uterului. Secţionarea mezosalpinxului de partea unde se conservă ovarul se face cît mai aproape de trompă, pentru a feri, cît se poate, vascularizaţia acestuia. Se întrebuinţează aceeiaşi tehnică şi de partea opusă, dacă ovarul este sănătos şi poate fi lăsat pe loc. De obicei ovarul face împreună cu trompa o singură tumoare inflamatorie, aderentă. în această situaţie decolarea se face în bloc, după ce se secţionează între două pense ligamentul lombo-ovarian;

dacă aderenţele sînt puternice şi anexele nu se lasă liberate cu uşurinţă,

extirparea lor se poate face dinăuntru în afară, dinspre coarnele uterului spre ligamentele infundibulopelviene, aplicînd două pense Kocher pe locul de inserţie al trompelor pe uter (pense care servesc pentru hemostază şi pentru tracţiune) şi pensă «în inimă» pe tumoare. Secţionarea trompelor se face cu foarfecele, intrîndu-se în spaţiul de clivaj dintre foiţele ligamentului larg. Astfel se decolează una dintre anexe pînă la ligamentul infundibulo-pelvian, pe care se aplică o pensă de hemostază şi se secţionează. De partea unde ovarul se lasă pe loc, trompa se extirpă în acelaşi mod (pe cale retrogradă), ferindu-se cu grijă în timpul decolării — dacă este posibil — ligamentul utero-ovarian respectiv şi vasele din arcada tubară.

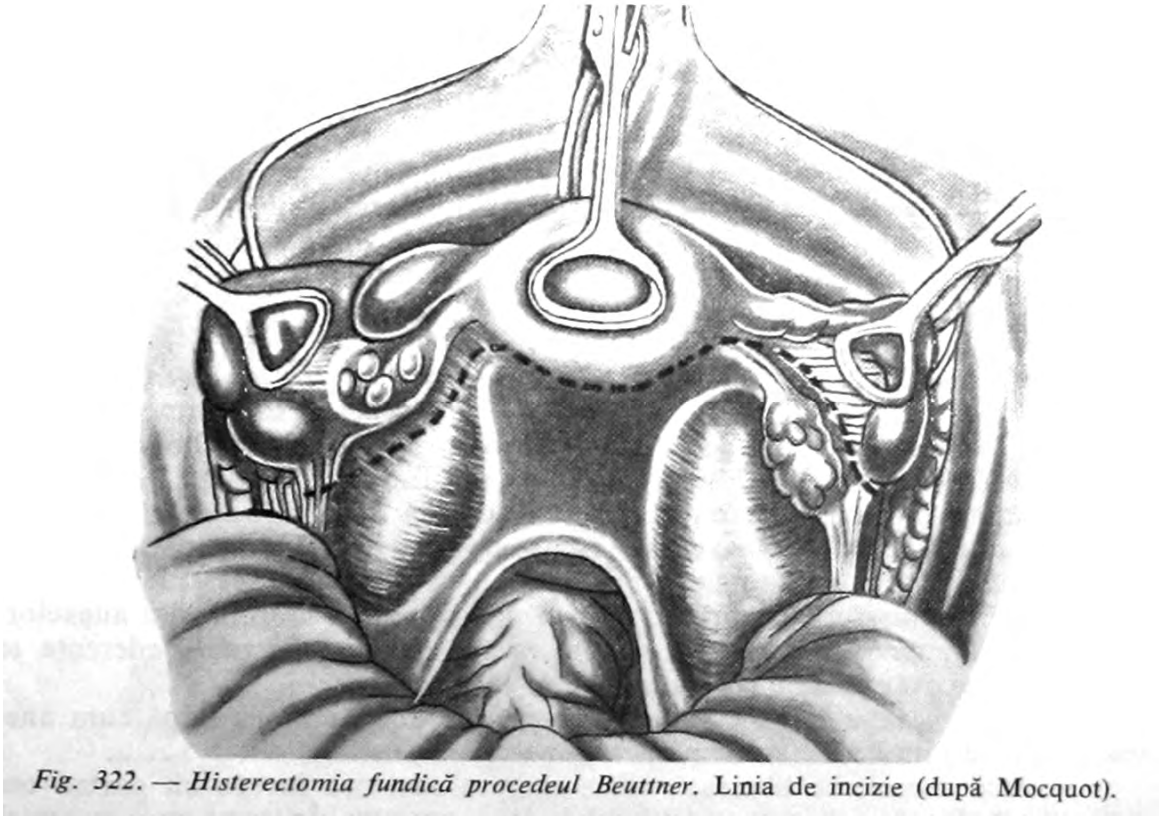


Fig. 322. — Histerectomia fundică procedeul Beuttner. Linia de incizie (după Mocquot).

Rezecţia transversală a fundului uterului. După ce se prepară anexele, se trece la rezecţia fundului uterului. Secţiunea acestuia se face cu bisturiul, linia de incizie fiind mai sus sau mai jos, în raport cu întinderea leziunilor fundului. (După practicarea secţiunii, bisturiul este îndepărtat). Ligamentele rotunde se secţionează sau nu, în raport cu nivelul la care se face rezecţia. (După terminarea operaţiei, capetele acestora vor fi suturate la coarnele uterului).

Hemostaza se face aplicînd două pense pe ambele margini ale uterului (fig. 323), puţin sub planul de secţiune al viitoarei rezecţii. Aceste pense prind arterele uterine (sau hemostaza se face în cursul rezecţiei, pe măsură ce se secţionează vasele care sîngerează puternic; hemostaza se completează după excizia fragmentului de uter). Folosirea oricărui procedeu nu realizează o hemostază perfectă şi în timpul rezecţiei uterului hemoragia este destul de abundentă. Hemostaza definitivă şi completă se obţine după suturarea suprafeţei secţionate.

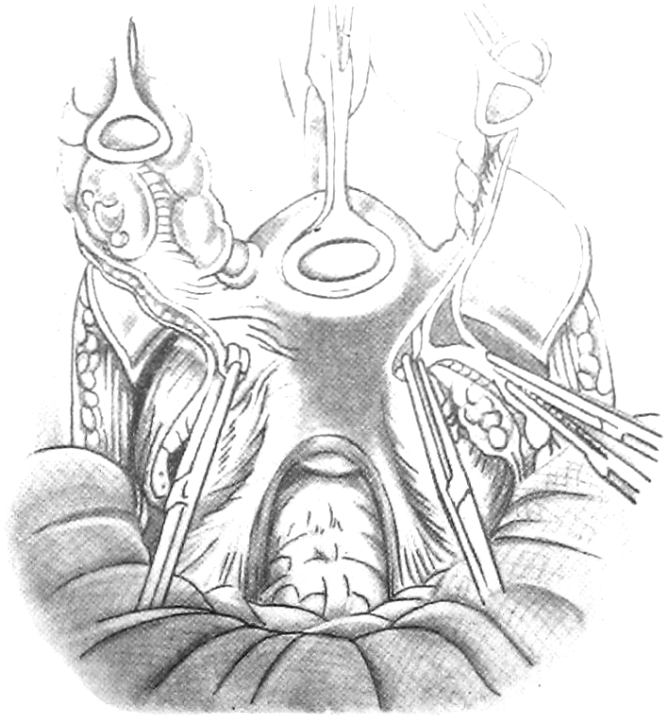


Fig. 323. — Histerectomia fundică procedeul Beuttner.
Pensarea arterelor uterine (după Mocquot).

Excizia se face sub forma unui con cu baza spre fund şi vîrful spre cavitatea uterului. Exciziile limitate se opresc anterior, la nivelul inserţiilor ligamentelor rotunde, iar posterior, deasupra ligamentului utero-ovarian, de I partea unde se păstrează ovarul. Exciziile largi merg sub nivelul acestor inserţii, secţionîndu-se ligamentele rotunde. Cînd sînt necesare asemenea excizii largi, pentru ca operaţia să satisfacă principiile unei intervenţii conservatoare, segmentul de uter care rămîne trebuie să aibă cel puţin 3 cm deasupra istmului, în acest caz nu mai este vorba de histerectomie fundică tip Beuttner, ci de o histerectomie interovariană unilaterală Bourg (vezi fig. 321-C).

Sutura plăgii se face în două straturi cu fire separate de catgut, închizîndu-se cavitatea uterului. Firele se trec prin grosimea muşchiului, în afara mucoasei (fig. 324). Al doilea strat de sutură poate fi făcut cu fire separate ca în fig. 325, sau cu surjet, pentru realizarea unei hemostaze mai bune. Ligamentele rotunde se resuturează la coarnele uterului.

Peritonizarea se face cu un fir de catgut trecut în suijet; se suturează de la dreapta la stînga foiţele ligamentelor largi, aducîndu-se deasupra suturii uterului pliul peritoneal utero-vezical (fig. 325-cartuş). Ligamentul infundibul pelvian — de partea unde s-a extirpat ovarul — se înfundă sub foiţele ligamentului larg, respectiv. Ovarul păstrat este lăsat liber în cavitatea peritoneală.

Peritonizarea uterului se poate face şi cu peritoneul vezico-uterin astfel: se incizează pliul peritoneal vezico-uterin şi se decolează cu compresa, sau cu foarfecele curb, vezica, cîţiva centimetri în jos spre colul uterin; peritoneul vezical astfel decolat se suturează cu multă uşurinţă la faţa posterioară a uterului (fig. 326). Astfel uterul este basculat mult înainte, ceea ce corectează şi evită retroversia, iar după reducerea retroversiilor aderente, faţa posterioară a uterului este acoperită cu peritoneul sănătos, ceea ce evită formarea de noi aderenţe.

închiderea abdomenului se face în straturi anatomice.

Tratamentul postoperator. Se administrează antibiotice parenteral în primele cinci zile. Mobilizarea activă după 48 de ore.

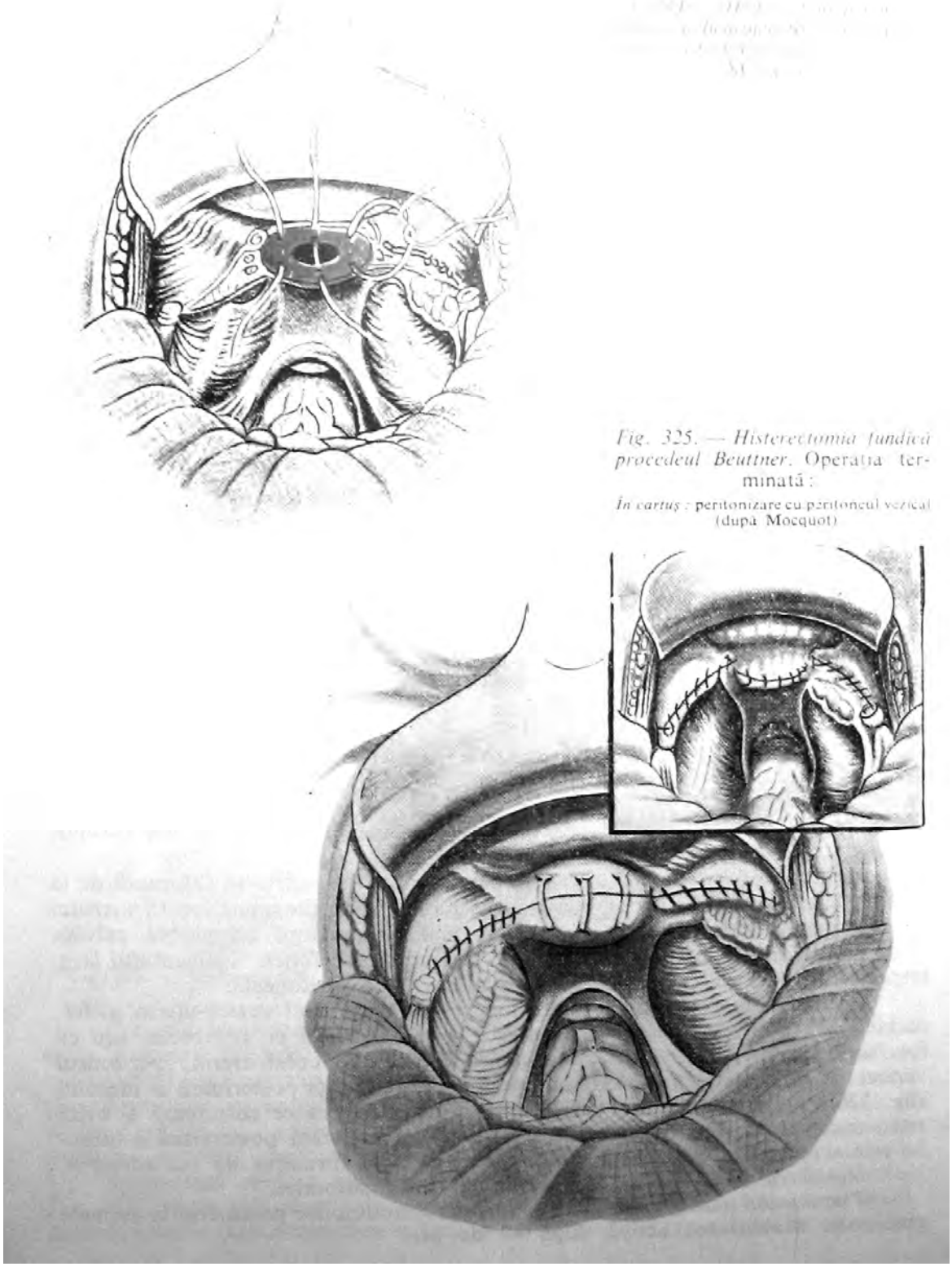


Fig. 325. — Histerectomia fundică procedeul Beuttner. Operaţia terminată:
În cartuş: peritonizare cu peritoneul vezical (după Mocquot).

Rezultate. Succesele funcţionale ale *operaţiei* depind de suprafaţa endometrului rămas şi de calitatea ovarului păstrat, în general, cu excepţia suprimării durerilor legate de procesele inflamatorii anexiale, operatele beneficiază puţin din punct de vedere funcţional (păstrarea menstruatiei şi a echilibrului hormonal) după această intervenţie, ceea ce limitează numai pentru anumite situaţii anatomo- clinice, operaţia de tip Beuttner.

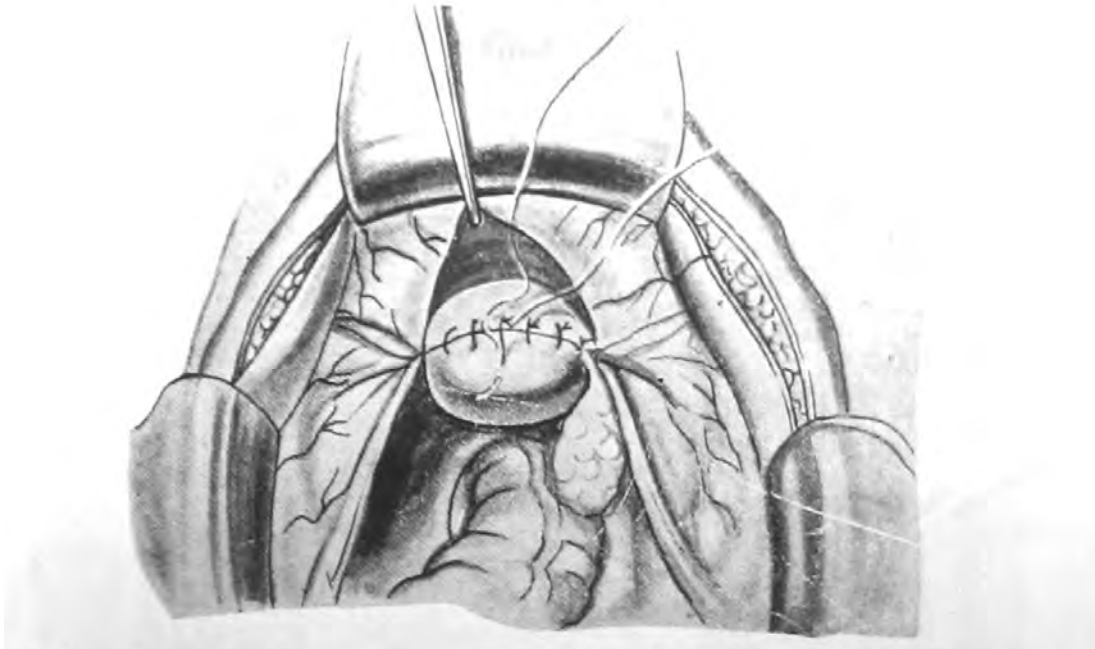


Fig. 326. — Histerectomia fundică procedeul Beuttner. Corectarea retrodeviaţiei prin aducerea peritoneului vezical la faţa posterioară a uterului rezecat. Acest procedeu extraperitonealizează complet sutura uterului.

Histerectomia *supraistmică cu păstrarea ambelor anexe.* Timpii operatori sînt identici ca în histerectomia istmică de care se deosebeşte numai prin nivelul la care se face incizia uterului.

Se detaşează anexele de uter prin secţionarea între două pense Kocher, a trompelor şi ligamentelor utero-ovariene; se secţionează şi se leagă ligamentele rotunde; se aplică pense pe arterele uterine puţin sub nivelul la care să se facă incizia pe uter; se secţionează uterul circular, cu bisturiul, deasupra penselor aplicate pe arterele uterine (fig. 327); incizia se face uşor oblică, spre cavitatea uterului, pentru ca suprafaţa de secţiune să se poată afronta cu ocazia suturii.

In executarea acestei incizii, grija deosebită este ca segmentul de uter rămas să fie căptuşit cu endometru. De aceea, nivelul la care se face incizia se alege cu atenţie, în raport cu Întinderea leziunilor şi posibilitatea de a se păstra o parte din endometru, care să asigure menţinerea menstruaţiei. In acest sens incizia uterului să nu fie mai jos de 3 cm deasupra istmului.

Se leagă arterele uterine şi după ce se verifică hemostaza se suturează suprafaţa de secţiune cu fire separate de catgut, în două straturi, sau cu surjet ca în fig. 327-cartuş, înrindu-se trecerea acului prin endometru.

Peritonizarea se face cu surjet de catgut musculo-peritoneal, de la dreapta la stînga, incluzînd şi înfundînd capetele trompelor şi a ligamentelor rotunde la colţurile suturii (fig. 328 A şi B). întreaga suprafaţă suturată poate fi acoperită cu peritoneul vezical (ca în fig. 326).

Abdomenul se reconstituie anatomic.

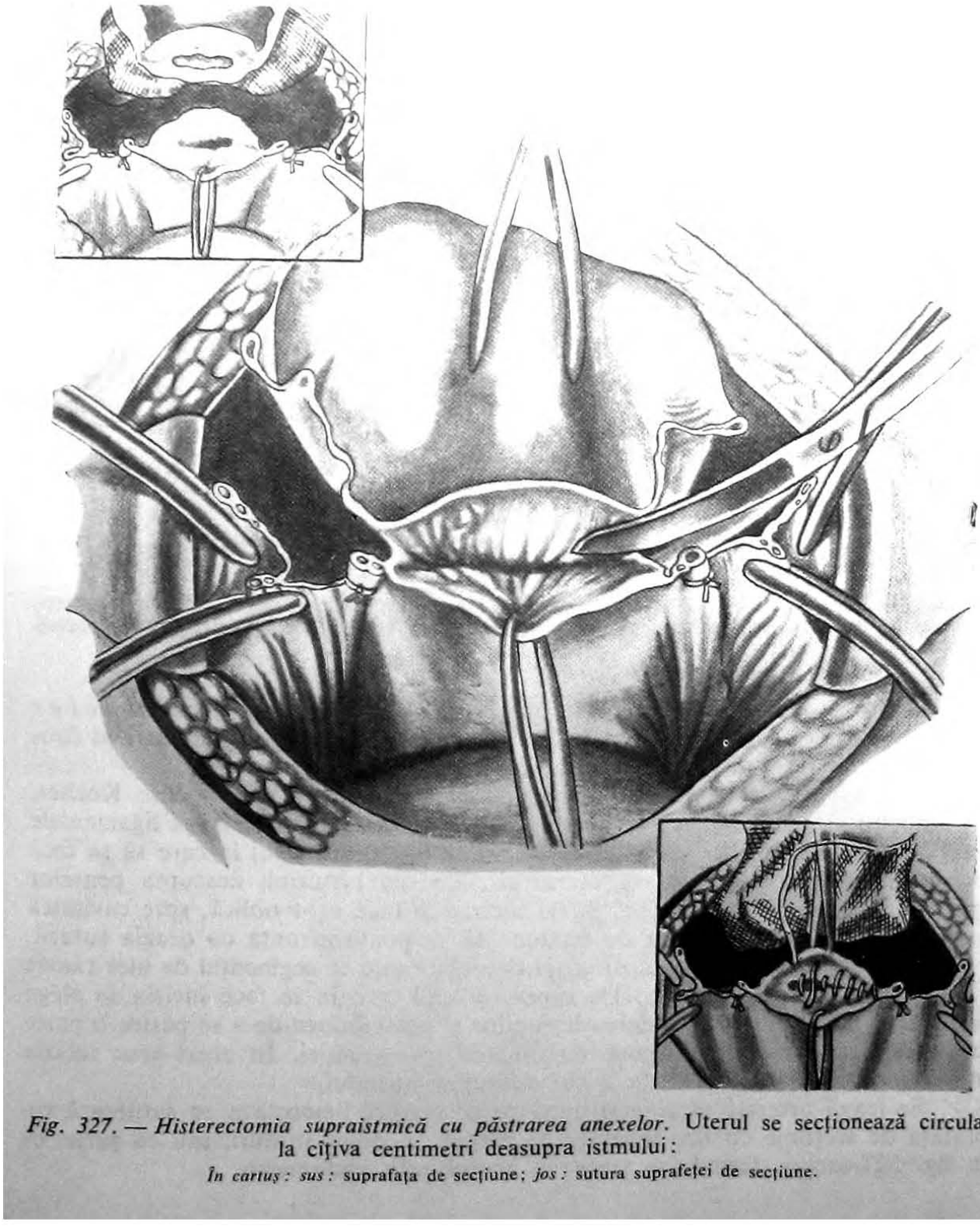


Fig. 327. — Histerectomia supraistmică cu păstrarea anexelor. Uterul se secționează circular la cîțiva centimetri deasupra istmului:

În cartuș: sus: suprafața de secțiune; *jos:* sutura suprafeței de secțiune.

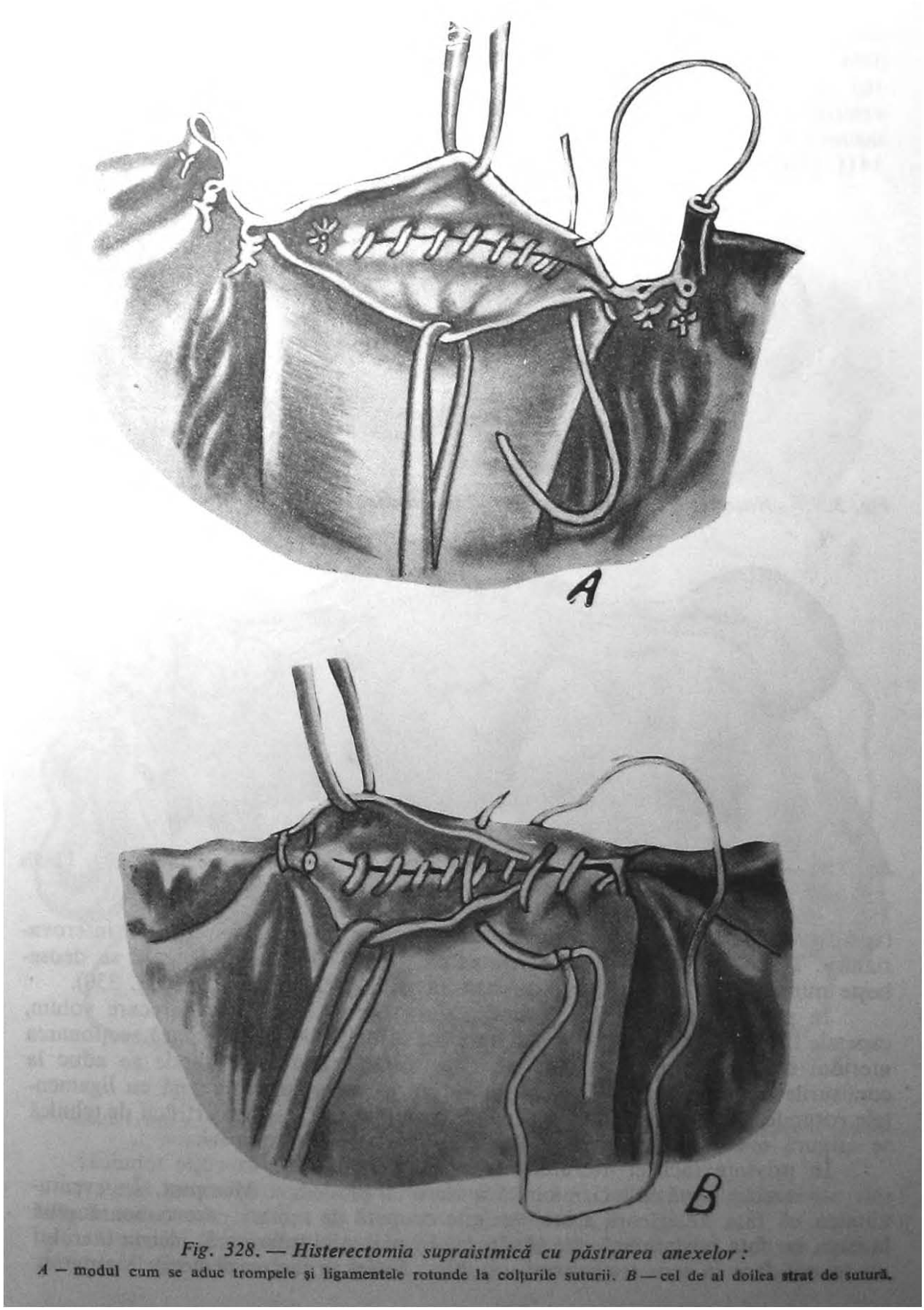


Fig. 328. — Histerectomia supraistmică cu păstrarea anexelor :
A — modul cum se aduc trompele şi ligamentele rotunde la colţurile suturii. *B* — cel de al doilea strat de sutură.

Variante de tehnică şi tactică. în privinţa anexelor: dacă una dintre anexe este bolnavă, se extirpă, păstrîndu-se trompa şi ovarul de partea opusă, sau numai ovarul (fig. 329). Dacă unul dintre ovare este bolnav se extirpă acesta. Dacă ovarele sînt sănătoase, dar una dintre trompe este bolnavă, aceasta se extirpă pe cale retrogradă (a se vedea salpingectomia retrogradă pag. 141). Dacă ambele trompe sînt bolnave se extirpă, conservîndu-se numai ovarele (vezi fig. 321 Q. Bourg numeşte această operaţie « histerectomie fundică interova- riană». Tehnica se apropie de histerectomia fundică Beuttner, de care se deosebeşte numai prin faptul că se păstrează nu unul, ci ambele ovare (fig. 330).

în privinţa ligamentelor rotunde : dacă uterul rămas are oarecare volum, capetele ligamentelor rotunde pot fi suturate la colţurile suturii; dacă secţionarea uterului este în apropierea istmului, capetele ligamentelor rotunde se aduc la comisurile bontului cervical, odată cu suturarea acestuia. împreună cu ligamentele rotunde, pot fi implantate şi capetele trompelor. Cu aceste artificii de tehnică se asigură o bună suspendare a uterului, evitîndu-se prolapsul.

în privinţa inciziei uterului sînt trei posibilităţi de execuţie tehnică: — rezecţie joasă cu incizie oblică a uterului, procedeul Mocquot. în eventualitatea că faţa anterioară a uterului este ocupată de tumori care coboară pînă la istm, iar faţa posterioară este sănătoasă în partea ei inferioară, incizia uterului nu se mai face în sens transversal, ci oblic. Astfel se incizează peretele anterior la nivelul istmului, iar pe laturi bisturiul urcă în sus, tăind din peretele posterior un adevărat lambou căptuşit cu endometru, Se procedează în sens invers dacă tumorile sînt situate pe peretele posterior.

Hemostaza, sutura uterului şi peritonizarea se execută ca în tehnica obişnuită de histerectomie înaltă, rezecţie sagitală, în potcoavă, procedeul Crossen.

Fig. 329. — Histerectomia supraistmică cu păstrarea unui singur ovar, ca în procedeul Beuttner.

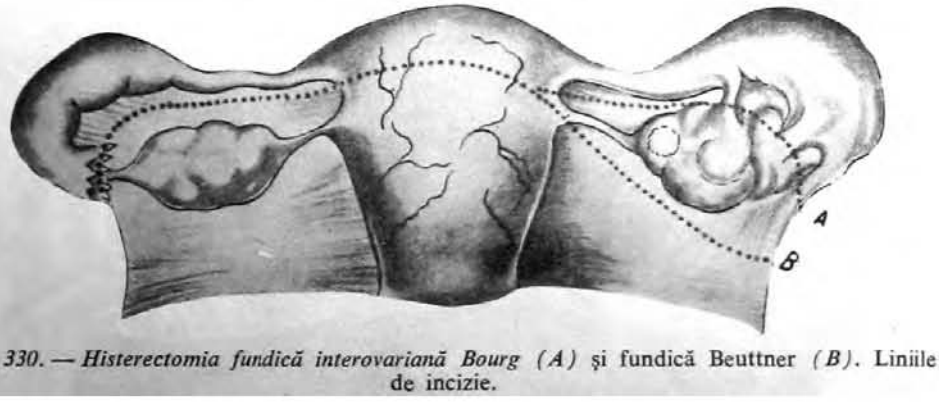


Fig. 330. — Histerectomia fundică interovariană Bourg (A) şi fundică Beuttner *(B)*. Liniile de incizie.

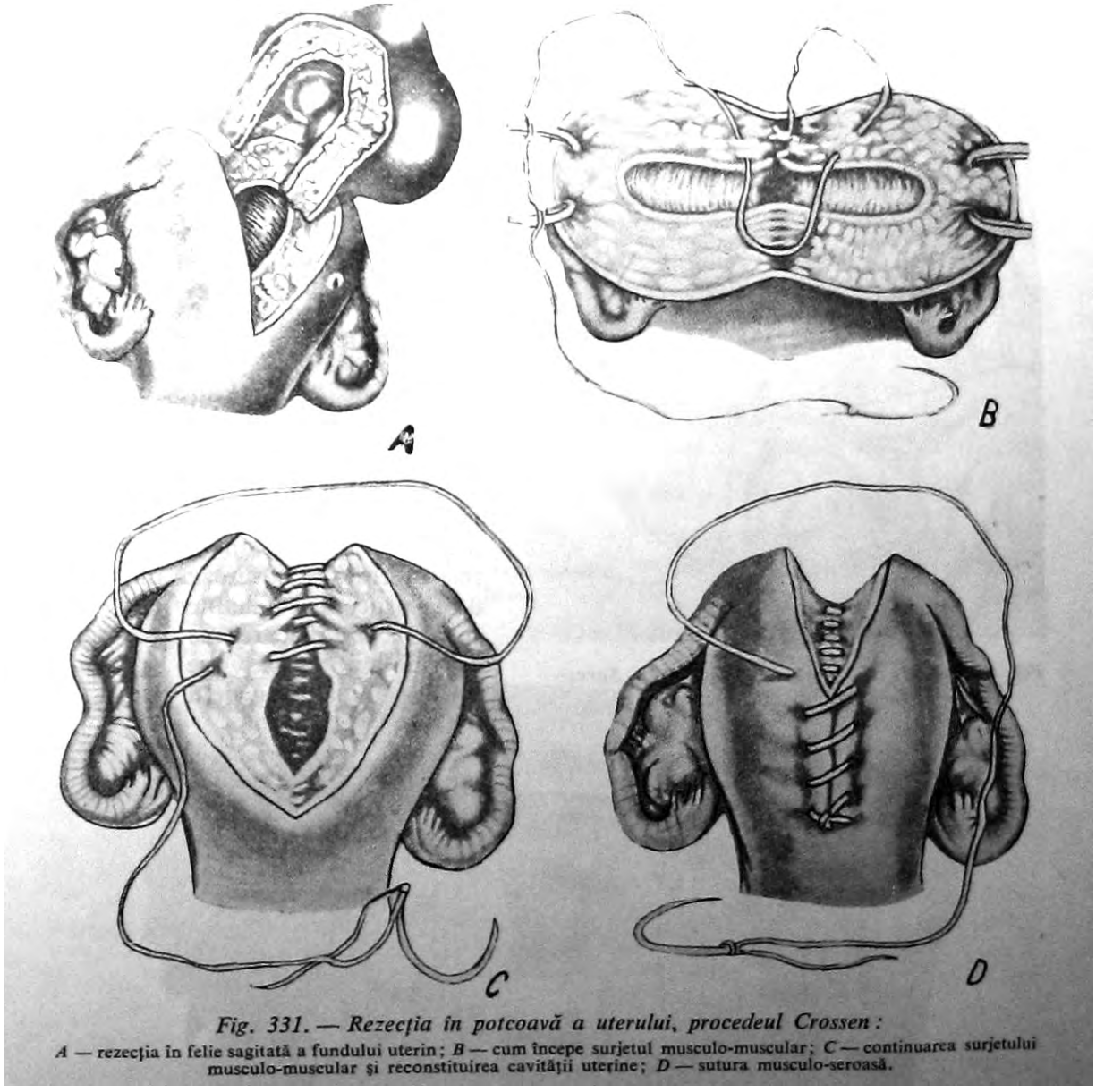


Fig. 331. — Rezecţia în potcoavă a uterului, procedeul Crossen :
A — rezecţia în felie sagitată a fundului uterin; *B* — cum începe surjetul musculo-muscular; *C* — continuarea surjetului musculo-muscular şi reconstituirea cavităţii uterine; *D* — sutura musculo-seroasă.

Acest procedeu este indicat în situaţiile cînd tumorile fibromatoase sînt situate mai mult median şi spre fundul uterului.

Desenele cuprinse în fig. 331, A, B, C, D, ilustrează felul cum se executa procedeul Crossen.

- histerectomia supraistmică interanexială, procedeul Soresi şi Brocq. Acest procedeu este indicat în polifibromiomatoza uterină, scopul funcţional urmărit este să se păstreze intactă vascularizaţia şi inervaţia anexelor.

- Procedeul Soresi-Brocq respectă arterele uterine păstrînd în jurul lor un manşon de miometru. Astfel circulaţia la nivelul ovarelor rămîne intactă. Ca principiu, această operaţie se situează între miometrectomia Aburel — mult superioară, prin faptul că păstrează nu numai circulaţia la nivelul ovarelor, ci aproape tot endometrul şi o mare parte din miometru — şi histerectomia supraistmică obişnuită, care prin legarea arterelor uterine, tulbură irigarea ovarelor, creind condiţii pentru degenerarea sclerochistică a acestora.

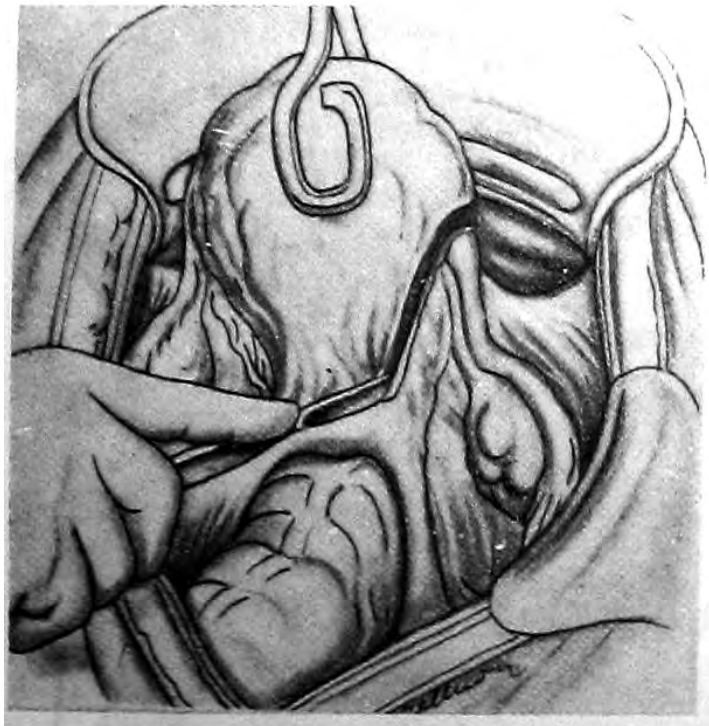


Fig. 332. — Histerectomia interanexială Soresi-Brocq. Linia de incizie.

Fig. 333. — Histerectomia interanexială Soresi-Brocq. Manşonul miometrial « port-vase », rămas după rezecarea corpului uterin.

Tehnica Soresi-Brocq este mai dificilă, sîngerarea fiind mai abundentă.

Secţionarea uterului se face cu bisturiul în unghi diedru, înăuntrul traiectului arterelor uterine (fig. 332). Excizia uterului se face la cîţiva centimetri deasupra istmului pentru a se păstra — cînd se poate —şi o mică suprafaţă de endometru în vederea conservării menstruaţiei (fig. 333). Cei doi pereţi ai miometrului, în care sînt incluse arterele uterine, se suturează împreună după procedeul Challier (fig. 334 şi 335), sau fiecare manşon mio- metrial « port-vase» se suturează separat după procedeul Brocq.

în privinţa refacerii bontului o variantă de tehnică este reimplantarea anexelor şi ligamentelor rotunde la nivelul acestuia. în acest sens, capetele trompelor şi a ligamentelor rotunde sînt aduse la cele două comisuri ale suprafeţei de secţiune a uterului, folosind pentru această implantare capetele firelor cu care au fost legate. Aceste fire sînt trecute dinăuntru în afară, prin grosimea pereţilor uterului (fără să perforeze endometrul) astfel încît, după ce sînt legate, ele includ în unghiul de afrontare capetele anexelor şi a ligamentelor rotunde (vezi fig. 328 A).

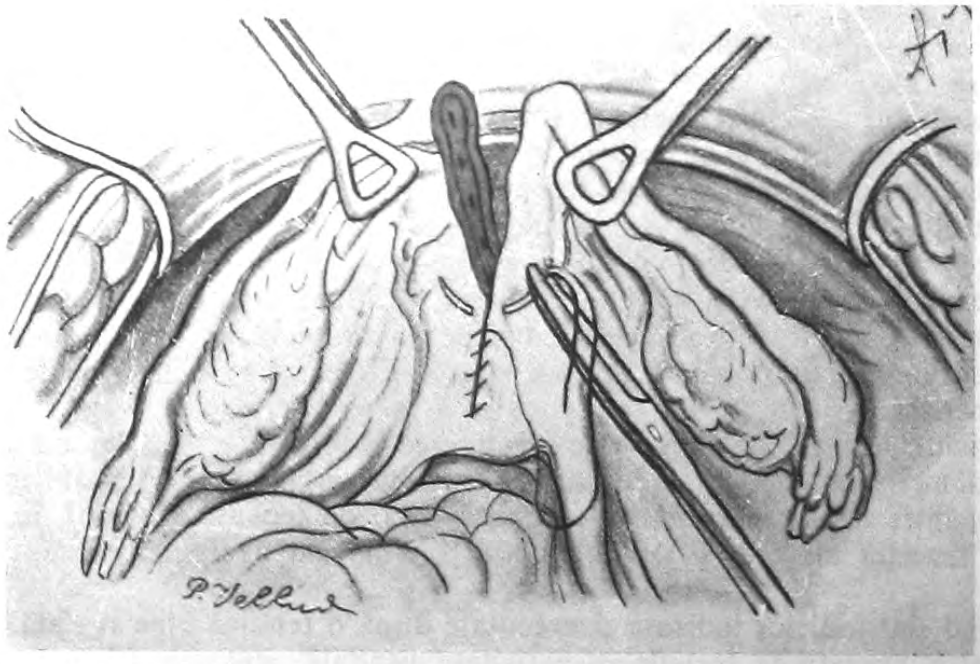


Fig. 334. — Histerectomia interanexială Soresi-Brocq. Sutura celor două manşoane miometriale (procedeul Challier).

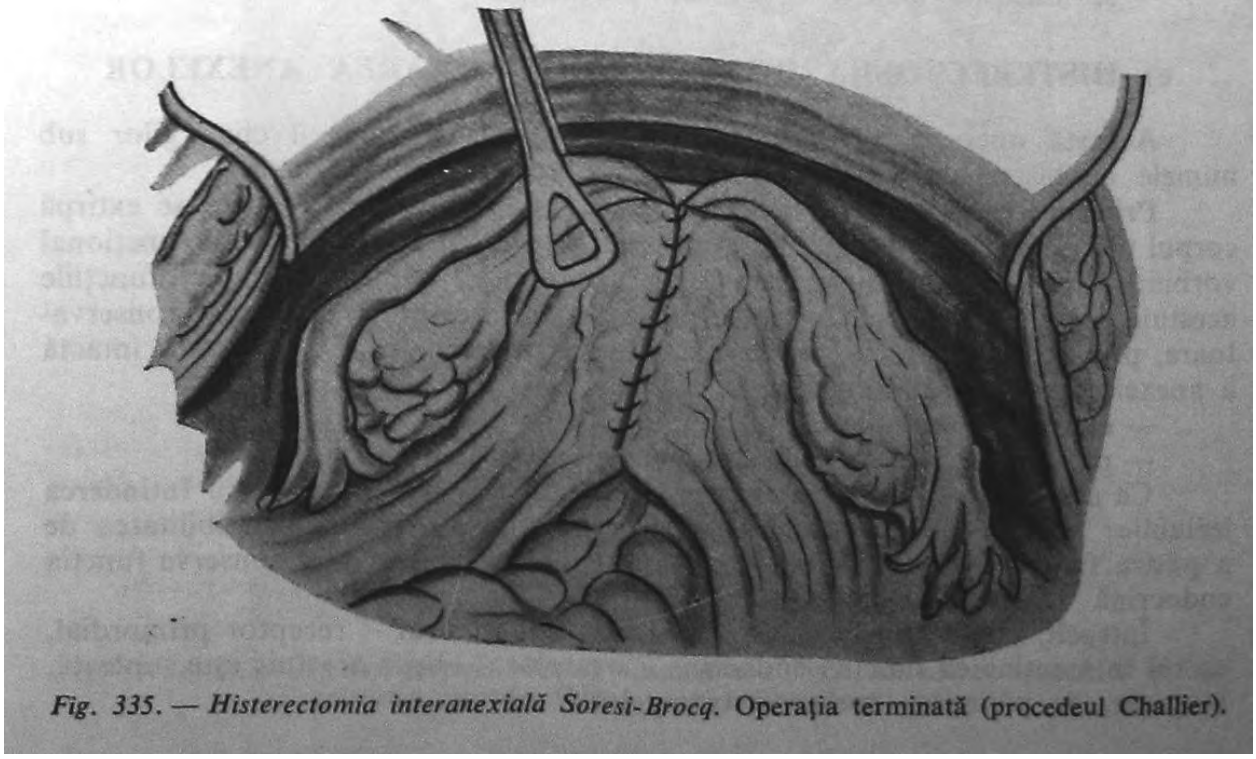


Fig. 335. — Histerectomia interanexială Soresi-Brocq. Operaţia terminată (procedeul Challier).

O altă modalitate de reimplantare este să se transfixieze capetele lor proximale cu un fir prin grosimea comisurilor uterului, ca în fig. 336. De deasupra lor se coase miometrul cu fire separate şi sutura se acoperă cu peritoneul vezical (fig. 337).

Tratamentul şi evoluţia post-operatorie sînt identice ca după miometrectomie (vezi pag. 248).

Rezultate. Cele mai bune rezultate se obţin după histerectomia supraist- mică orizontală, cu păstrarea ambelor anexe.

Cînd leziunile inflamatorii impun extirparea ambelor trompe şi a unui ovar, rezultatele funcţionale sînt similare histerectomiei fundice Beuttner, adică mediocre sau submediocre.

Rezultatele depind şi de felul cum este condusă tehnica operaţiei. Ele sînt cu atît mai bune, cu cît ovarele sînt mai puţin traumatizate, cu cît circulaţia lor este mai bine păstrată, cu cît se evită compresiunea şi răsucirea pediculului cu ocazia peritonizării.

Privitor la rezultatele legate de menţinerea menstruaţiei, ele depind de suprafaţa endometrului păstrat şi de corelaţia funcţională care se restabileşte după operaţie, între acesta şi ovare. Ele depind deci, de technica folosită în ceea ce priveşte rezecţia uterului şi de potenţialul biologic al ovarelor, existent la acea dată.

Cînd sînt judicios indicate şi executate după o tehnică bine reglată, avantajele acestor operaţii la femeile în activitate genitală, sînt:

— se evită tulburările de menopauză precoce;

— se menţine menstruaţia (fenomen biologic şi psihic important);
— se menţine statica organelor pelvisului.

e) HISTERECTOMIA ISTMICĂ CU PĂSTRAREA ANEXELOR

Această operaţie este cunoscută în limbajul obişnuit al chirurgilor sub numele de histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor.

Principii şi eficienţă. Histerectomia subtotală este tehnica cu care se extirpă corpul uterului în totalitate, colul rămînînd pe loc (fig. 321-A). Deşi, funcţional vorbind, este o intervenţie radicală pe uter, fiindcă suprimă complet funcţiile acestuia (menstruaţia şi posibilitatea de gestaţie), este totuşi o operaţie conservatoare, prin aceea că păstrează anexele (funcţia hormonală). Cu păstrarea intactă a anexelor, histerectomia subtotală caută să satisfacă două principii:

— extirparea completă a leziunii;
— păstrarea echilibrului hormonal.

Ca atare, acest procedeu chirurgical se situează — în raport cu întinderea leziunilor benigne ale uterului şi cu vîrsta bolnavei — între imposibilitatea de a păstra funcţia menstruală şi de gestaţie, şi posibilitatea de a conserva funcţia endocrină a ovarelor.

Întrucît, odată cu uterul, se suprimă şi endometrul — receptor primordial, cu rol în menţinerea funcţiei endocrine a ovarelor, — lipsa acestuia este supleată, în parte, de păstrarea mucoasei trompelor.

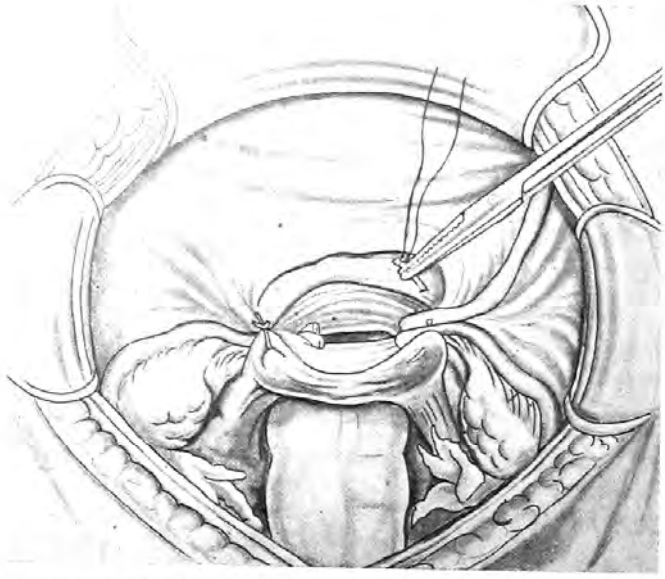


Fig. 336. — Histerectomia parţială. Modalitate de implantare a trompelor şi ligamentelor rotunde la nivelul colţurilor secţiunii uterului.

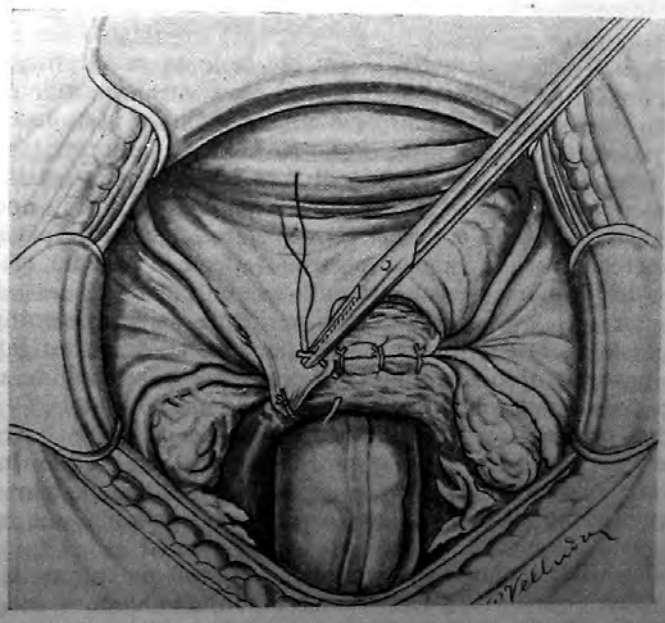


Fig. 337. — Histerectomie parţială. Sutura miometrului după includerea trompelor şi ligamentelor rotunde. Peritonizarea cu peritoneul vezical.

Eficienţa histerectomiei subtotale cu păstrarea anexelor se apreciază în raport cu cele două obiective pe care trebuie să le atingă: evitrea recidivelor organice şi funcţionale care au motivat intervenţia şi evitarea tulburărilor neuro- vegetative şi metabolice, care ar urma castrării chirurgicale.

Indicaţii. Histerectomia subtotală, cu păstrarea anexelor, a fost tratamentul chirurgical de elecţie al fibromului uterin (fig. 338). Cu o frecvenţă scăzută s-a practicat şi în sarcina ectopică, în rupturile uterine şi în perforaţii.

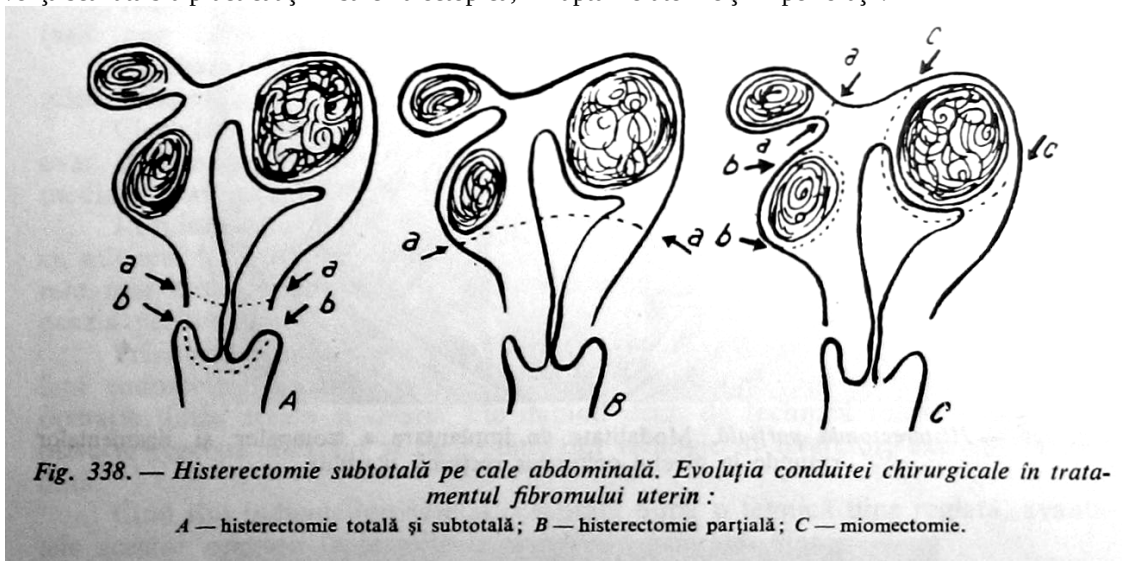


Fig. 338. — Histerectomie subtotală pe cale abdominală. Evoluţia conduitei chirurgicale în tratamentul fibromului uterin :
A — histerectomie totală şi subtotală; *B* — histerectomie parţială; *C* — miomectomie.

Indicaţiile histerectomiei subtotale sînt din ce în ce mai restrînse. La femeile sub 40 de ani, indicaţiile decurg în primul rînd din contraindicaţiile miomectomiei sau ale oricărui alt procedeu de chirurgie conservatoare a uterului (histerectomie supraistmică, miometrectomie, histerorafie în rupturi şi perforaţii). La femeile peste 40 de ani tendinţa este să fie înlocuită cu histerectomia totală simplă.

Argumente în favoarea histerectomiei subtotale: tehnica operatorie este mai uşoară, mai rapidă şi fără riscuri pentru uretere şi vezică; păstrarea colului asigură menţinerea staticii organelor pelvisului; femeile acceptă mai greu ideea de a se extirpa în întregime uterul (prezenţa colului păstrează nemodificată viaţa sexuală) şi conservarea ovarelor evită tulburările de carenţă hormonală (atrofia mucoasei vaginale şi osteoporoza); metodele actuale de investigaţii complexe (citologie, colposcopie, biopsie) oferă referinţe preţioase asupra stării colului uterin înainte de a se decide indicaţia histerectomiei subtotale.

Argumente în favoarea histerectomiei totale simple: evită cancerizarea colului («cancer pe col restant»); tehnica histerectomiei totale intracapsulare evită lezarea ureterelor şi a vezicii; respectarea inserţiei ligamentelor uterosacrate şi sutura capsulei menţine statica organelor pelvisului; rolul colului în producerea organismului este discutabil.

Indicaţiile histerectomiei subtotale sînt: patologia tumorală benignă a uterului sub toate formele anatomo-clinice (fibrom voluminos, noduli multipli, adenomiomatoză difuză); metropatia hemoragică recidivantă; aderenţe întinse periuterine; pelvis adînc la femei obeze | scurtarea duratei operaţiei la cazurile cu starea generală alterată (anemie gravă); în unele tumori intraligamentare şi în procesele inflamatorii cronice anexiale unilaterale (histerectomia subtotală de necesitate); în rupturile uterului, în apoplexia uteroplacentară şi în hemoragiile din post-partum prin atonie.

Afirmaţia făcută de Cotte « cu cît histerectomia este mai uşoară din punct de vedere tehnic, cu atît este mai puţin justificată» este şi astăzi valabilă.

Contraindicaţii. Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor este contraindicată în leziunile vechi ale colului şi în salpingoovaritele cronice.

Condiţii de efectuare. Pentru efectuarea acestei tehnici, condiţia principală este starea anexelor. Rezultatele funcţionale în ceea ce priveşte menţinerea echilibrului hormonal al femeii operate, sînt cu atît mai bune în timp, cu cît ovarele şi trompele nu sînt modificate de procese inflamatorii vechi şi în timpul intervenţiei se păstrează vascularizaţia lor intactă.

Pregătirea preoperatorie. Pregătirea preoperatorie este aceeaşi ca pentru miomectomie sau miometrectomie (vezi pag. 236 şi 248).

Momentul operaţiei: în prima decadă după terminarea menstruaţiei.

Tehnica histerectomiei subtotale pe cale abdominală, «procedeul tip». Deoarece tactica şi tipul intervenţiei se decid în timpul operaţiei, se preferă calea abdominală de abordare, care oferă cîmp larg chirurgical asupra pelvisului.

Incizia peretelui: Pfannenstiel sau mediană.

Explorarea pelvisului este obligatorie după deschiderea abdomenului şi izolarea anselor intestinale. Poziţia în Trendelenburg a bolnavei uşurează această explorare. Se face bilanţul intraoperator al leziunilor uterului şi anexelor.

De primă importanţă este ca anexele să fie sănătoase.

Pentru uşurarea examinării intraoperatorii, uterul este luxat din cavitatea abdominală şi adus deasupra peretelui, fie cu mîna, fie cu sfredelul chirurgical răsucit în tumoare, fie cu pense Pozzi sau Museux. Astfel uterul poate fi explorat pe toate feţele, de asemenea şi anexele. Un cîmp moale, umed, introdus în Douglas izolează cavitatea peritoneală şi menţine uterul exteriorizat. Dacă uterul tumoral este voluminos şi se lasă uşor luxat, depărtătoarele puternice şi traumatizante pentru pereţii abdomenului devin inutile, cel puţin pînă se ajunge la timpul de peritonizare; valva Doyen aplicată suprapubian este de cele mai multe ori suficientă şi numai cînd sînt aderenţe dificile, sau în momentul peritonizării, se mai completează cu un depărtător al pereţilor.

Secţionarea anexelor şi ligamentelor rotunde se face începînd cu partea dreaptă. Trompa şi ligamentul utero-ovarian se prind la 1 cm de uter şi se secţionează cu foarfecele, între două pense Kocher (fig. 339). Aceeaşi manevră şi pentru ligamentul rotund.

După detaşarea acestora de uter, se pătrunde între foiţele ligamentului larg. în timp ce se trage uterul cu o mînă în sus şi lateral, cu cealaltă se evidenţiază marginea lui pînă la istm, îndepărtînd ţesutul celular avascular dintre foiţele ligamentului larg, cu comprese de tifon prinse într-o pensă lungă (tampon montat), sau cu foarfecele curb. Se leagă cu nylon, aţă sau catgut, pe locul penselor, capătul trompei, şi separat, capătul ligamentului rotund. Firele cu care se face ligatura se păstrează lungi, pe pense Pean, ca în fig. 340.

Se procedează la fel de partea opusă.

Secţionarea şi decolarea peritoneului vezico-uterin. Uterul liberat de anexe se lasă uşor tras în afară şi spre ombilic, scoţînd în evidenţă fundul de sac vezico- uterin şi locul unde peritoneul vezical se reflectă pe uter. Peritoneul vezico-uterin se recunoaşte după culoarea lui, albă-sidefie. Cu foarfecele curb se secţionează peritoneul, de la un ligament rotund la celălalt, păstrîndu-se o distanţă de 1—2 cm deasupra locului unde peritoneul se reflectă spre vezică. Foarfecele se ţine cu curbura îndreptată cranial (fig. 340), iar linia de secţiune este uşor curbă, cu con- cavitatea spre uter şi întotdeauna de la dreapta la stînga. Peritoneul secţionat se decolează de pe istmul uterului, cu mişcări de închidere şi de deschidere a foarfecelui, sau cu o compresă montată pe pensă port-tampon. Decolarea este limitată pînă la nivelul colului. După aceea se basculează uterul spre simfiză pubiană, şi cu foarfecele se secţionează peritoneul de pe faţa posterioară a istmului, de la stînga Ia dreapta, deasupra inserţiilor ligamentelor utero-sacrate. Peritoneul secţionat nu se decolează.

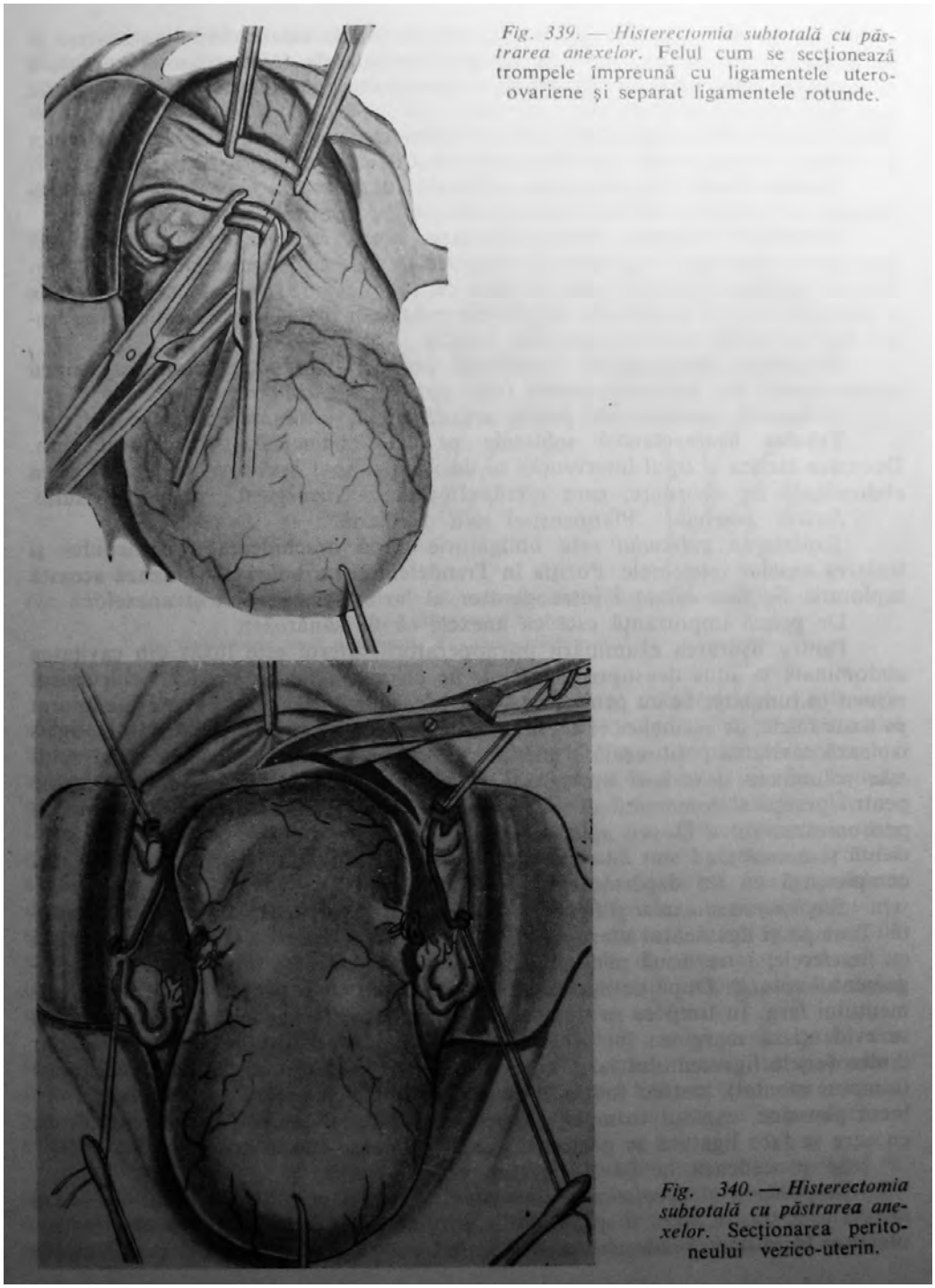


Fig. 339. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Felul cum se secţionează trompele împreună cu ligamentele utero-ovariene şi separat ligamentele rotunde.

Fig. 340. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Secţionarea peritoneului vezico-uterin.

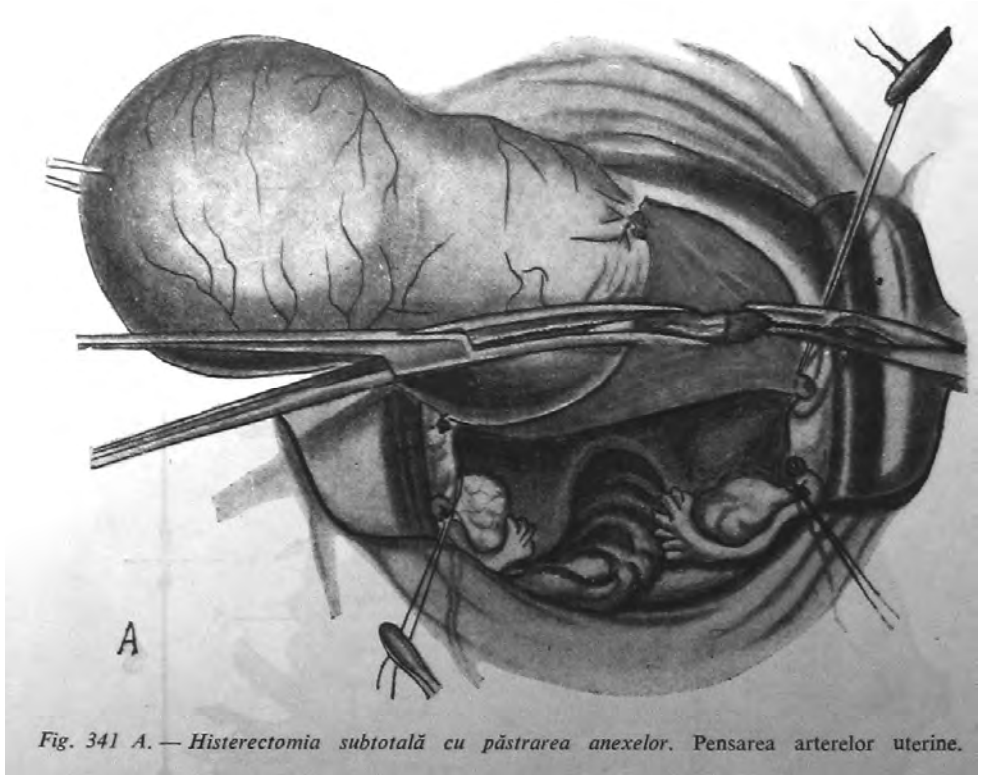


Fig. 341 A. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Pensarea arterelor uterine.

Secţionarea arterelor uterine. In timp ce se trage puternic de uter, se aplică pensa J. L. Faure, perpendiculară pe axul acestuia. Pentru ca întreg pediculul vascular să fie prins, pensa se aplică astfel ca vîrful ei să « muşte» din marginea uterului. Pensa se aplică totdeauna cu vîrful privind spre fundul uterului. La 1 cm deasupra pensei J. L. Faure, se aplică o pensă Kocher (pentru a se evita hemoragia venoasă) şi între ele se secţionează artera uterină, cu foarfecele curb (fig. 341 A şi 341 B). Aceeaşi manevră se face şi de partea opusă. Ligatura bonturilor (cu nylon sau cu catgut) se face după extirparea uterului (vîrful penselor de hemostază orientează nivelul Ia care se secţionează istmul) respectiv înainte de a se trece la sutura bontului cervical. Firele de ligatură se trec cu acul prin marginea colului. Dacă arterele uterine se leagă imediat (fig. 342) există riscul ca ligaturile să se slăbească în timpul secţionării colului.

Extirparea uterului. Se aplică două pense Pozzi, una pe faţa anterioară a colului, alta pe faţa posterioară, care se încredinţează ajutorului. O compresă mare de tifon se introduce în spatele pensei posterioare, pentru izolarea Dougla- sului. Operatorul, trăgînd de uter puternic, taie istmul cu bisturiul, începînd cu faţa anterioară (fig. 343) la o distanţă de 1 cm deasupra nivelului penselor aplicate pe arterele uterine, apoi faţa posterioară (fig. 344). Secţiunea istmului se face transversal, lama bisturiului îndreptată uşor oblic spre canalul cervical, pentru ca marginile bontului să poată fi uşor afrontate. Instrumentele care au servit la secţionarea istmului nu se mai folosesc (timp septic). Suprafaţa de secţiune se şterge cu soluţie de iod.

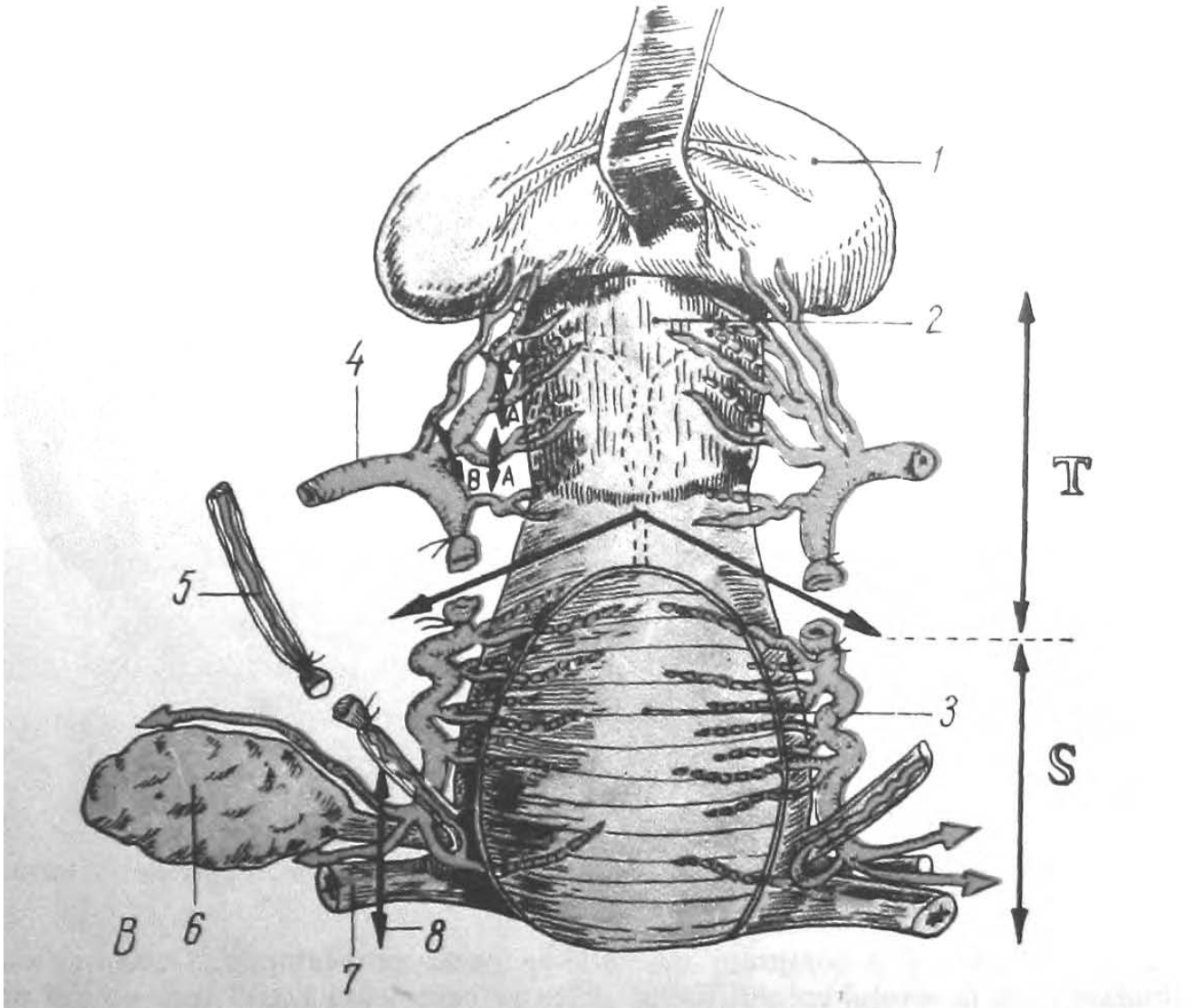


Fig. 341 B. — Ligatura arterelor uterine în diverse procedee de histerectomie:
1 — vezica; *2* — vaginul; *3* — corpul uterin; *4* — artera uterină; *5* — ligamentul rotund; *6* — ovar; *7* — trompe; *8* — pedicol uteroovarian. *S* — histerectomie subtotală. *T* — histerectomie totală.

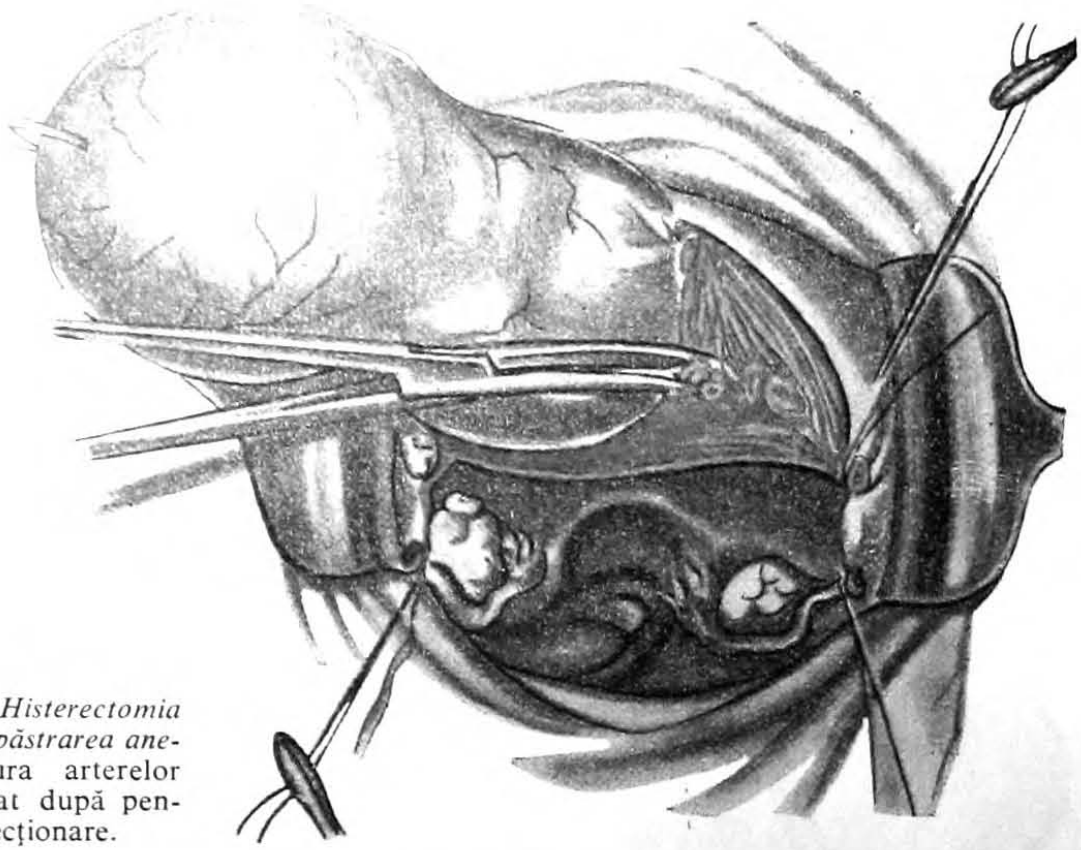


Fig. 342. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Ligatura arterelor uterine imediat după pensare și secționare.

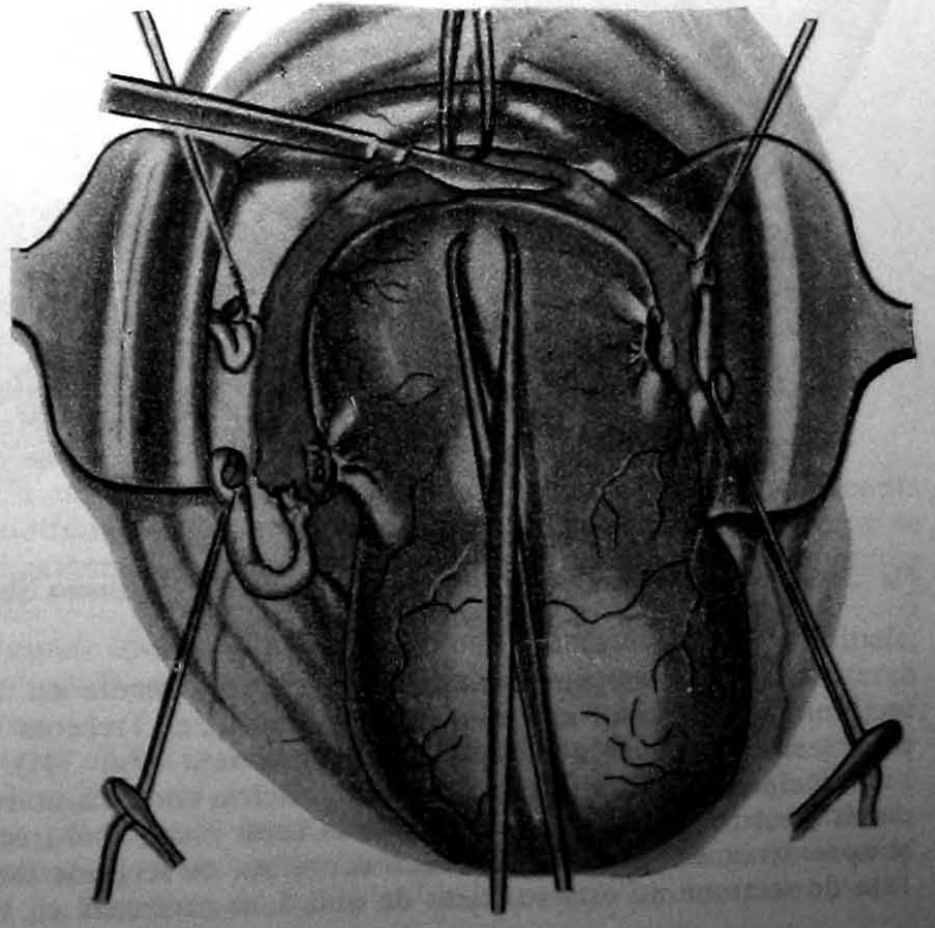


Fig. 343.—Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. **Secțiunea istmului pe fața anterioară.**

Controlul cavității uterului. Imediat după extirpare un alt ajutor deschide cavitatea uterului. Acest control este necesar, fiindcă descoperirea unui cancer endocavitar schimbă complet tactica operatorie. în această eventualitate se « totalizează » histerectomia, extirpîndu-se anexele şi colul.

Sutura colului. Fire separate de catgut, trecute cu acul curb prin buzele secțiunii, închid colul și completează hemostaza. Trecerea firelor se face numai prin țesut musculofibros, ocolindu-se mucoasa (fig. 345).

Refacerea bontului este ușurată de excizia conică a uterului, cu atît mai mult, cu cît țesuturile fiind foarte rezistente la acest nivel, acul trece prin ele cu greutate și apropierea nu se poate face dacă suprafața de secțiune este plană. Dacă suprafața de secțiune nu este suficient de oblică, se excizează cu bisturiul din grosimea buzelor, rezultînd o cavitate in miniatură, la nivelul colului restant. Bontul cervical se poate sutura şi cu fire în X. în tot timpul suturii, colul se menţine fixat cu o pensă Pozzi.

Instrumentele care au servit la sutura colului se îndepărtează (timp septic), apoi se scoate cîmpul moale din Douglas şi, după ce se controlează hemostaza pediculilor vasculari şi a bontului suturat, se începe peritonizarea.

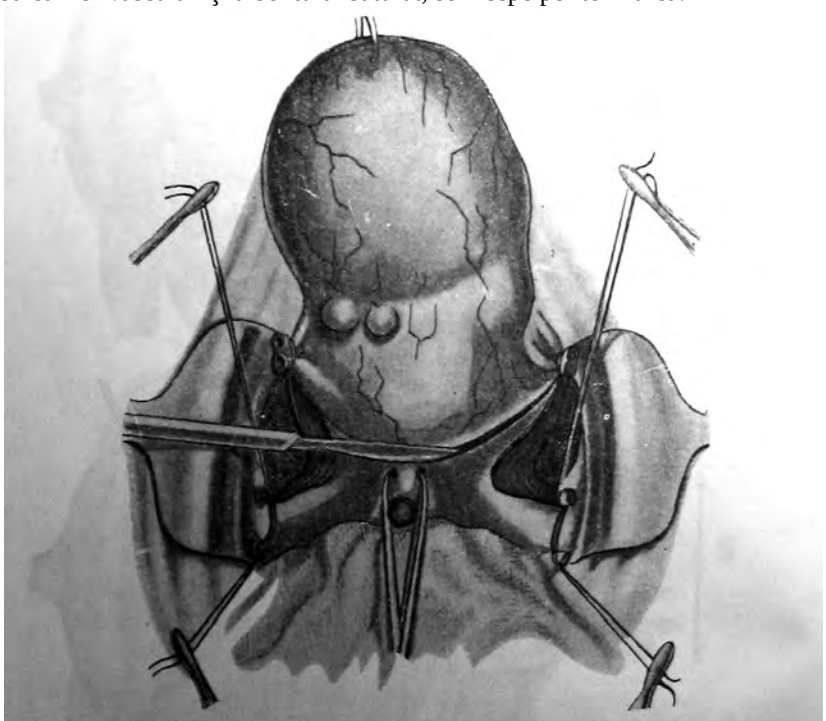


Fig. 344. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. Secțiunea istmului pe fața posterioară.

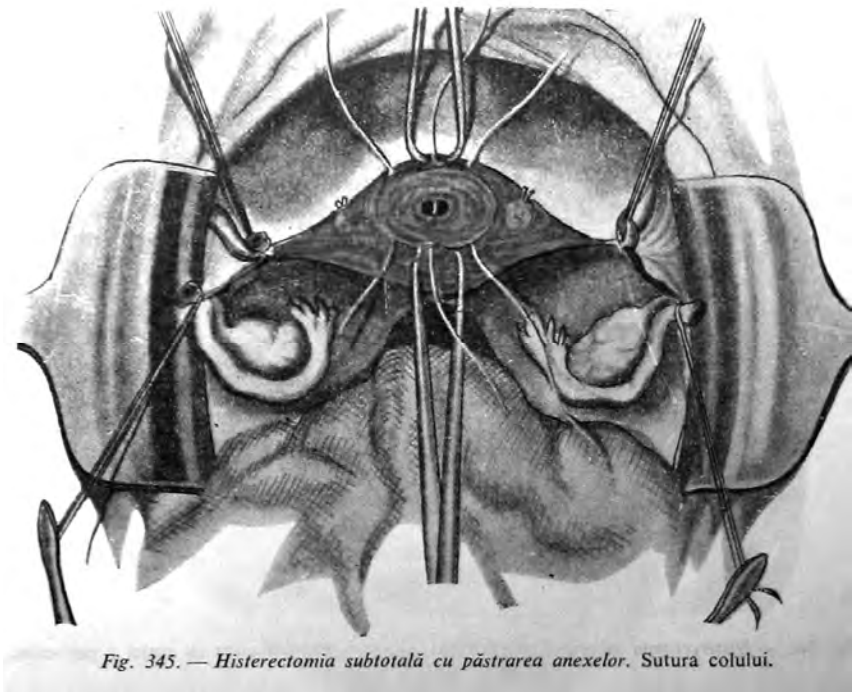


Fig. 345. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Sutura colului.

Peritonizarea. Cu un fir de catgut subţire se peritonizează de la dreapta la stîngă, în suijet continuu: capetele ligamentelor rotunde şi ale trompelor se înfundă sub foiţele ligamentelor largi, lăsînd trompele şi ovarele în cavitatea abdominală (fig. 346).

Dacă în tot timpul operaţiei nu s-au folosit depărtătoare abdominale, plasarea unui depărtător Dartigues, în acest moment, uşurează peritonizarea şi controlul hemostazei.

închiderea peretelui abdominal. Se curăţă Douglasul cu comprese umede sau se spală cu ser fiziologic cald; se scot cîmpurile moi de izolare şi se readuce sigmoidul în pelvis; se controlează apendicele după care se aduce epiploonul, cu care se acoperă pelvisul; se reface peretele abdominal în planuri anatomice (vezi pag. 34).

La principalii timpi în executarea histcrectomiei subtotale cu păstrarea anexelor, există şi *variante de technică.* De exemplu:

Pentru secţionarea anexelor şi a ligamentelor rotunde împreună, se poate folosi un procedeu mult mai simplu şi mai rapid, *aplicînd la nivelul coarnelor uterului pense Kocher paralele*, ca în fig. 347. Pentru aceasta, operatorul aplică cîte o pensă Kocher la nivelul fiecărui corn al uterului, cu care prinde în totali tate inserţia ligamentelor rotunde, a trompelor şi a ligamentelor utero-ovariene; cu aceste pense, operatorul trage bine în sus uterul, iar ajutorul prinde anexele, pe rînd, între police şi index. Astfel se pune în tensiune vîrful ligamentului larg care conţine pediculii superiori ai uterului; operatorul aplică cea de a doua pensă Kocher, în lungul ligamentelor largi, paralelă cu prima şi secţionează între ele cu foarfecele; se aplică ligatura, firul trecut cu acul, pe locul pensei exterioare; pensele de la nivelul coarnelor se păstrează pînă la extirparea uterului, servind pentru tracţiune şi orientare.

Fig. 346. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Peritonizarea cu surjet a pelvisului, de la dreapta la stînga.

Pentru decolarea peritoneului vezico-uterin se poate face *o butonieră cu foarfecele pe linia mediană* (fig. 348), *în locul unde peritoneul vezical se reflectă pe uter.* Apoi cu foarfecele se incizează lateral şi în sus pînă în apropierea ligamentelor rotunde, de o parte şi de alta. Acest procedeu este aplicat, de către unii chirurgi, înainte de a se secţiona anexele. Avantajul pe care-1 prezintă este că se păstrează mai mult peritoneu pentru peritonizare şi se individualizează mai bine marginile uterului şi respectiv pediculii uterini.

Pentru sutura bontului cervical, unii chirurgi preferă *să excizeze mucoasa endocervicală*, înainte de a sutura bontul. Astfel, se apucă marginile colului cu două pense Pozzi şi cu bisturiul se excizează cuneiform mucoasa, cît se poate de profund (conizaţie retrogradă). Crossen închide mai întîi canalul mucos cu două fire plasate în cruce, după care excizează traiectul cu bisturiul, firele servind pentru tracţiune (fig. 349).

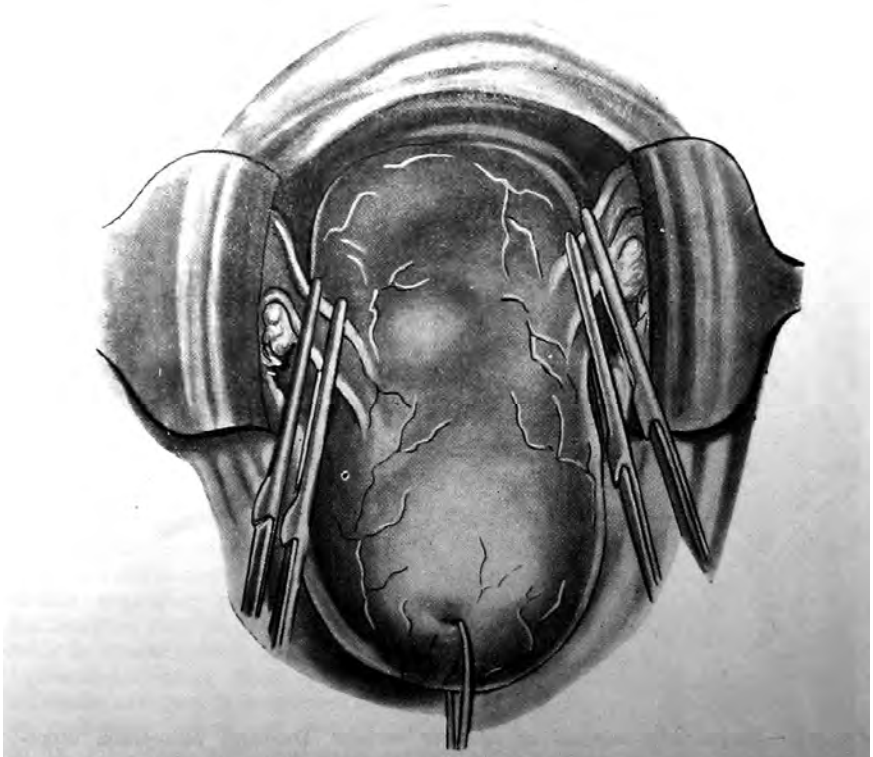


Fig. 347. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. Secţionarea între două pense a ligamentelor rotunde, trompelor şi ligamentelor utero-ovariene împreună cu deschiderea ligamentelor largi.

Excizia cuneiformă a mucoasei colului este indicată în cervicitele cronice asociate leziunilor fibromiomatoase ale uterului. Unii chirurgi o execută de principiu, considerînd că prin aceasta se face profilaxia cancerului pe colul restant.

Pentru peritonizarea pelvisului se pot folosi *fire separate în loc de surjet.* Cu acest procedeu peritoneul nu se plisează şi se evită formarea de spaţii « moarte» aşa cum se întîmplă după peritonizarea cu fir continuu. Peritonizarea cu fire separate are un singur inconvenient: lungeşte timpul operaţiei.

Un alt procedeu mai simplu este *peritonizarea pe sectoare*, cu două variante tehnice:

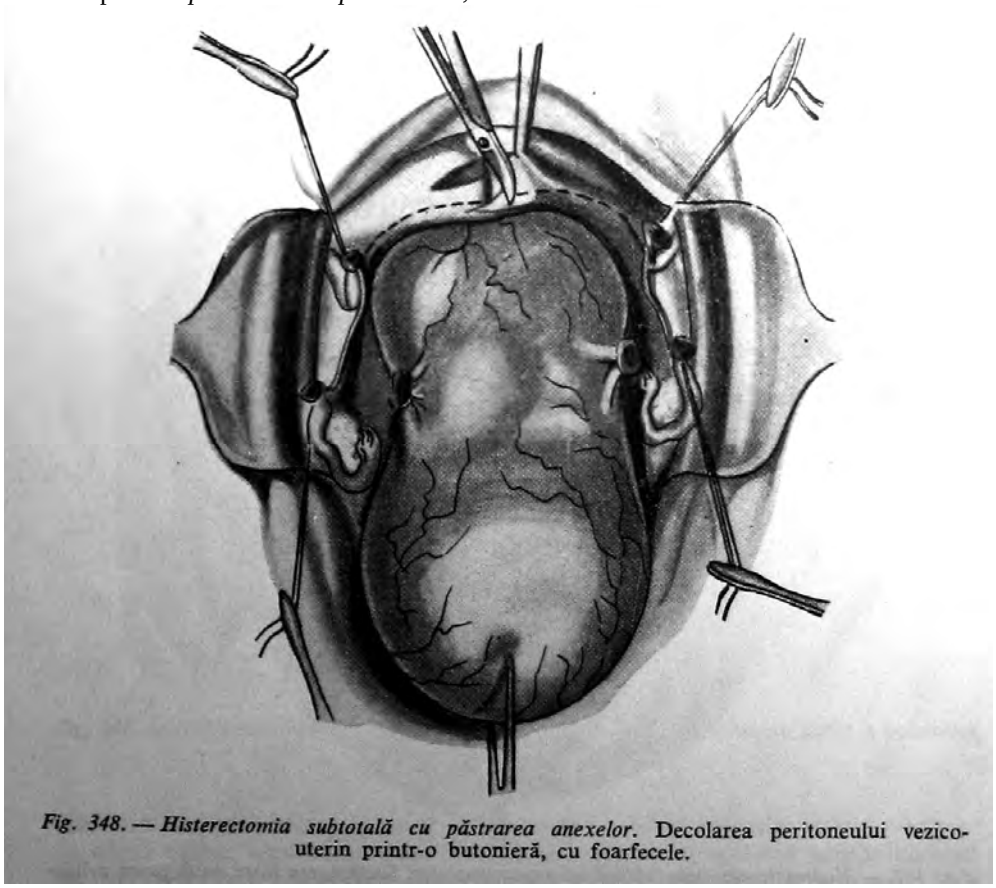


Fig. 348. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Decolarea peritoneului vezico-uterin printr-o butonieră, cu foarfecele.

Varianta I: cu un fir de catgut Nr. 1 se însăilează fiecare foiţă a ligamentului larg, plecînd din vecinătatea comisurii colului şi realizînd o bursă peste capătul trompei şi a ligamentului rotund (fig. 350). Trăgînd de ambele capete ale firului, se închide complet şi dintr-odată ligamentul larg, înfundînd în acelaşi timp, sub peritoneu, capătul ligamentului rotund şi al trompei, pe care le fixează totodată la comisura colului; se peritonizează în acelaşi mod şi de partea opusă; suprafaţa bontului cervical se acoperă cu peritoneul vezical ca în fig. 351, cu cîteva puncte separate de catgut subţire. O modalitate şi mai simplă de peritonizare este de a aduce şi fixa lamboul peritoneal vezical cu un fir de catgut aplicat de maniera Sturmdorff.

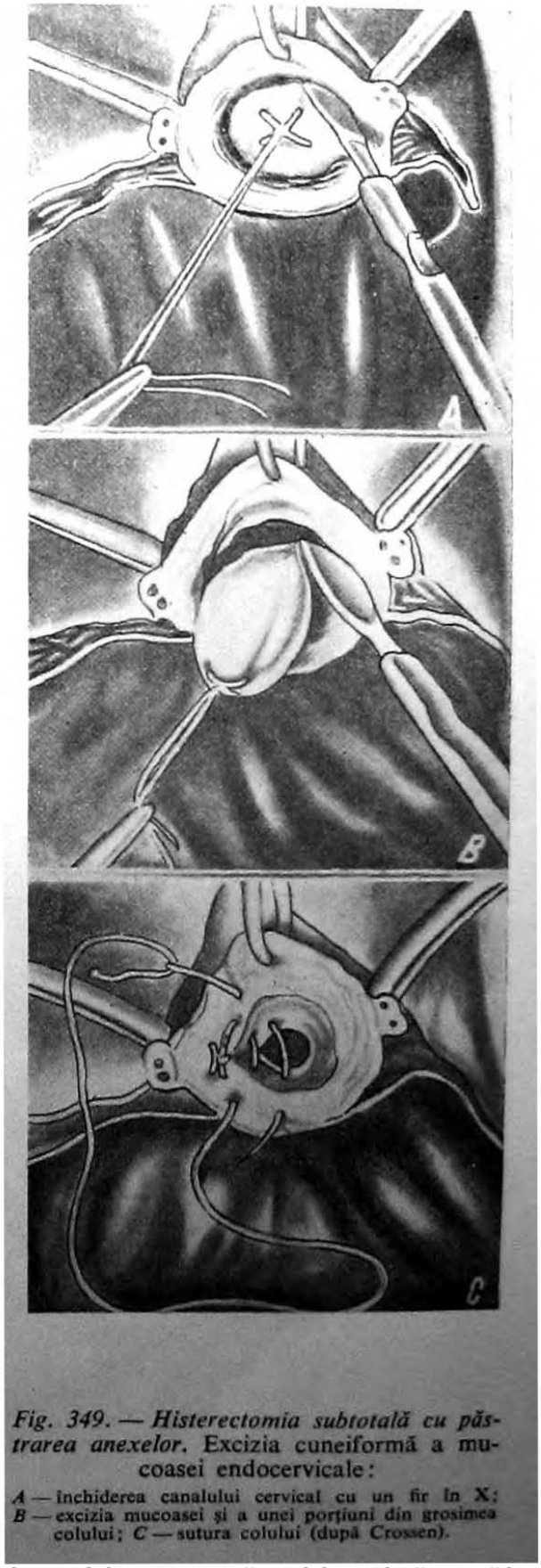


Fig. 349. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Excizia cuneiformă a mucoasei endocervicale:
A — închiderea canalului cervical cu un fir în X;
B — excizia mucoasei şi a unei porţiuni din grosimea colului; *C* — sutura colului (după Crossen).

Varianta II: firul prinde peritoneul vezical, buza anterioară a colului şi după ce însăilează foiţele ligamentului larg, ca în procedeul precedent, se termină prinzînd buza posterioară a colului şi peritoneul adiacent (fig. 352); aceeaşi manevră şi de partea

opusă; capetele firelor se strîng simultan; astfel peritonizarea este completă (fig. 353), fără a mai fi nevoie de aducerea peritoneului vezical. Acest procedeu de peritonizare a fost descris de Vuia.

Avantajele peritonizării pe sectoare: scurtează timpul operaţiei şi fixează bontul cervical de ligamentele largi. Dezavantaj: poate comprima vascularizaţia tubo-ovariană.

Pentru suspendarea bontului cervical se recurge la *fixarea capetelor ligamentelor rotunde şi ale trompelor la nivelul comisurilor colului, cu fire de nylon*, ca în fig. 354. O altă modalitate de fixare este aducerea pediculului ligamentelor largi la nivelul bontului, după procedeul Crosse, cu scurtarea ligamentelor rotunde, aşa cum se vede în fig. 355 A şi B. Această fixare a bontului cu ligamentele rotunde evită prolapsul genital şi menţine statica organelor pelvisului. Aducerea ligamentelor rotunde şi a capetelor anexelor la nivelul colului închide şi foiţele ligamentelor largi, încît peritonizarea pelvisului se reduce la acoperirea bontului cu peritoneul vezical, aşa cum se vede în fig. 356. Dacă peritoneul vezical este infiltrat şi nu se lasă întins deasupra colului, peritonizarea se face ca în fig. 357. Dacă aducerea ligamentelor rotunde la bontul cervical joacă un rol important în prevenirea prolapsului, fixarea concomitentă a capetelor anexelor nu aduce un avantaj din acest punct de vedere; fixarea ovarului în vecinătatea[1] colului poate produce dureri în timpul raportului sexual.

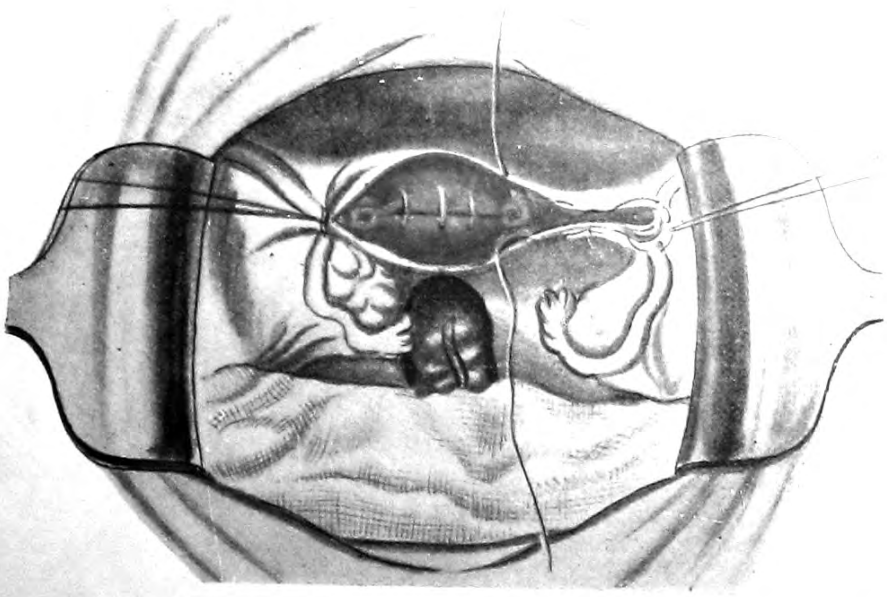


Fig. 350. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. Peritonizarea pelvisului pe sectoare.

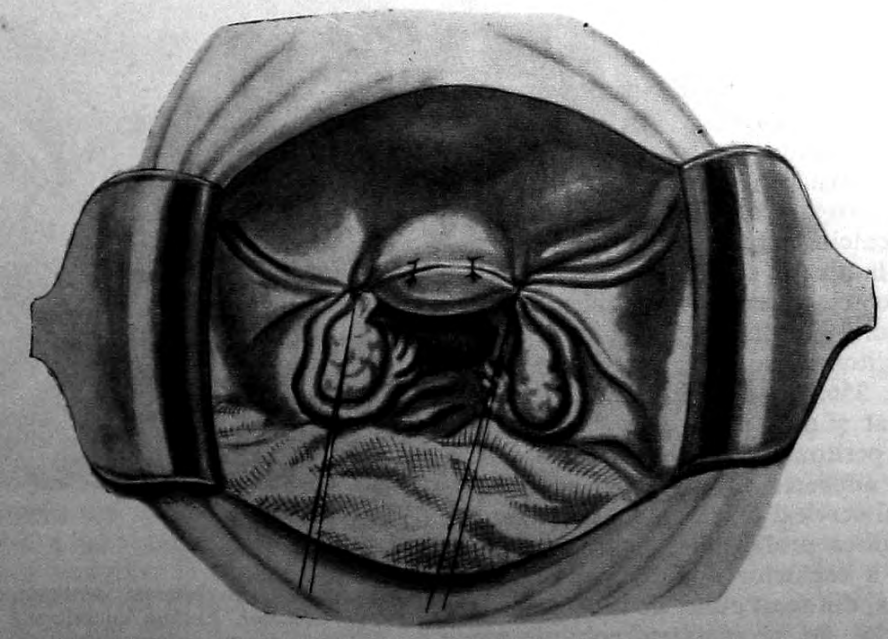


Fig. 351. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. După închiderea ligamentelor largi, bontul colului se acoperă cu peritoneul vezical.

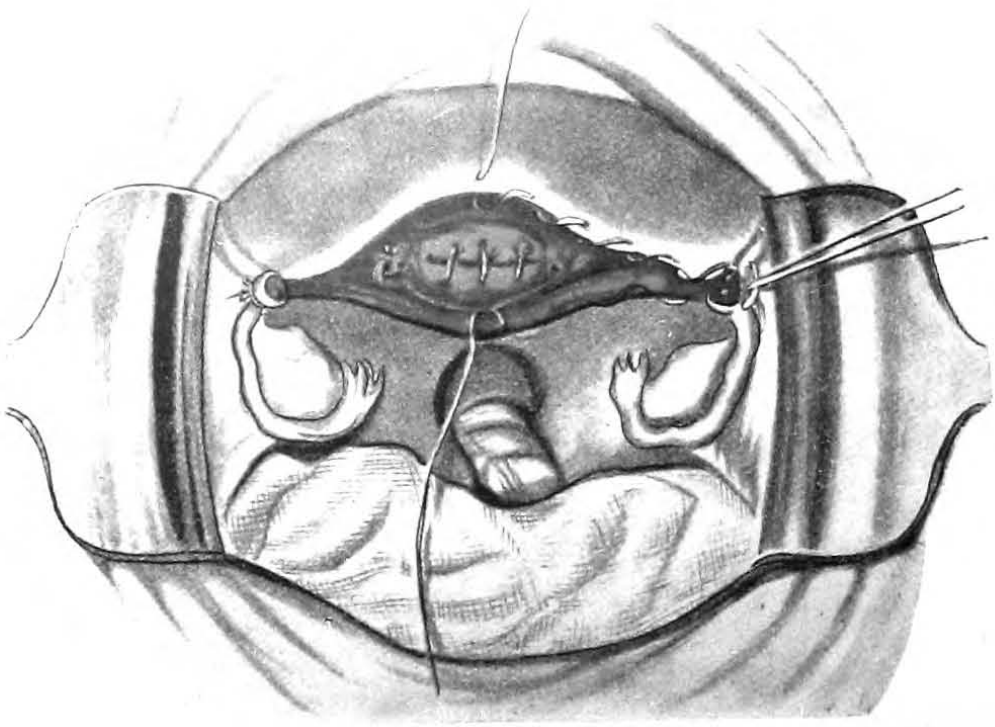


Fig. 352. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. Peritonizarea pelvisului după procedeul Vuia. Trecerea firului pentru peritonizare.

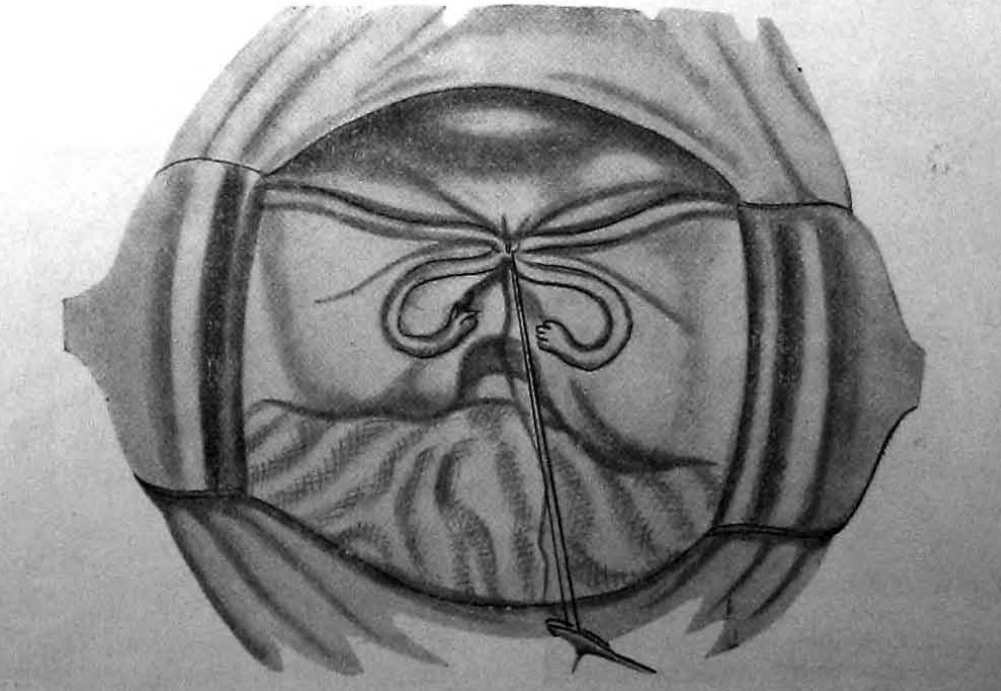


Fig. 353. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. **Peritonizarea pelvisului după procedeul Vuia terminată.**

Tratamentul postoperator. Sondarea vezicii în primele 24 d distensia vezicală să nu desfacă peritonizarea bontului.

Mişcări pasive după 24 de ore; coborîre din pat după 48 de ore.

Evoluţie şi complicaţii. Evoluţia postoperatorie a acestor bolnave este foarte simplă, fiindcă tehnica cu care se execută histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor este deseori simplă, rapidă, fără pierderi de sînge şi fără traumatisme tisulare importante. Faptul că de cele mai multe ori nu se foloscsc depărtătoare abdominale puternice, faptul că nu se lasă ligaturi multe în ţesuturi şi faptul că timpul septic al operaţiei este minim, toate acestea explică de ce bolnavele nu fac stări febrile prelungite, ileus paralitic, complicaţii pulmonare, tromboze vasculare etc.

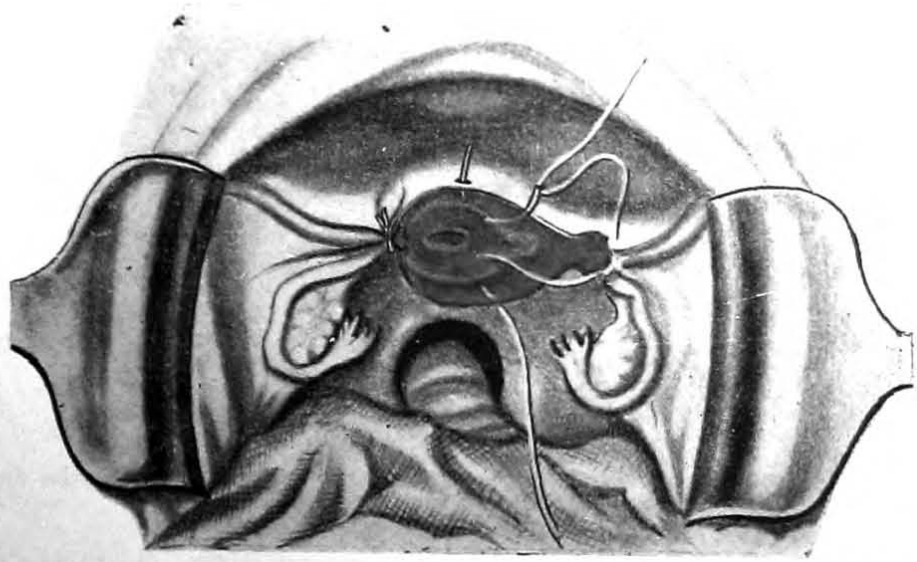


Fig. 354. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Modalitatea de fixare a bontului cervical la ligamentele rotunde și la capetele trompelor.

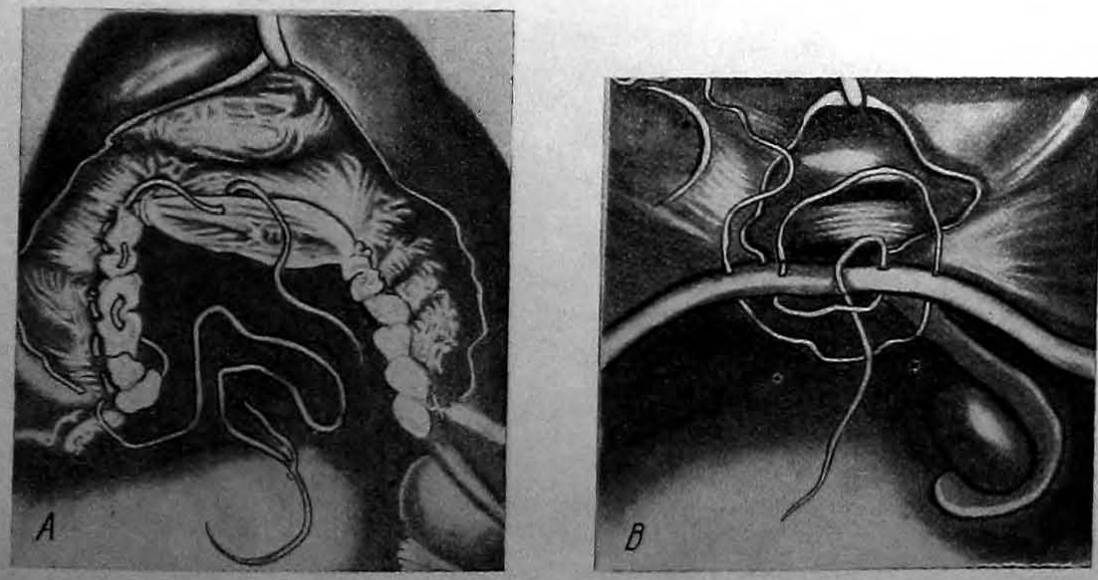
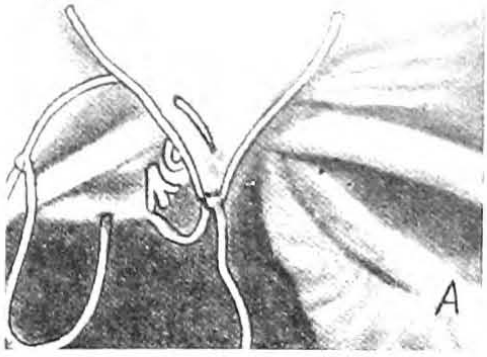
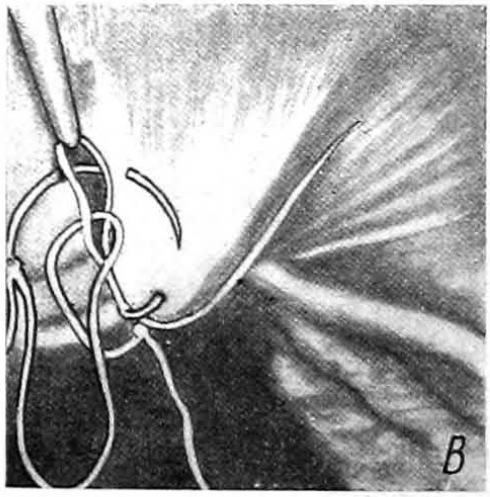


Fig. 355. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor :
A — Procedeul Crossen de suspendare a bontului cervical la ligamentele rotunde; *B* — procedeul Crossen de scurtare a ligamentelor rotunde (după Crossen).





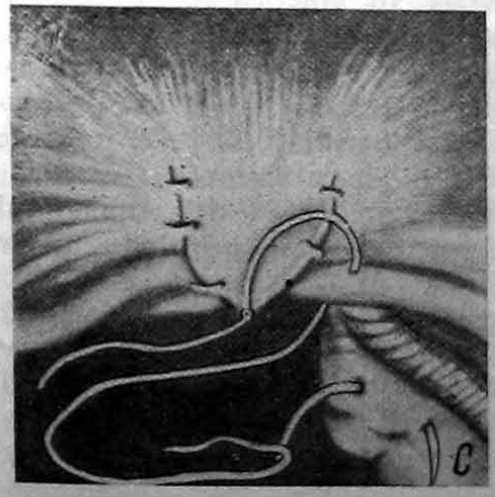
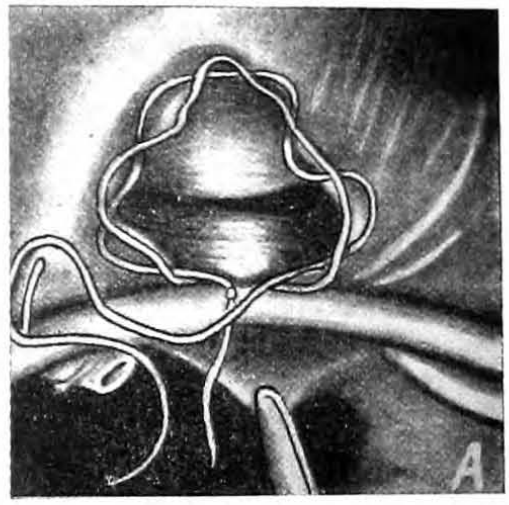
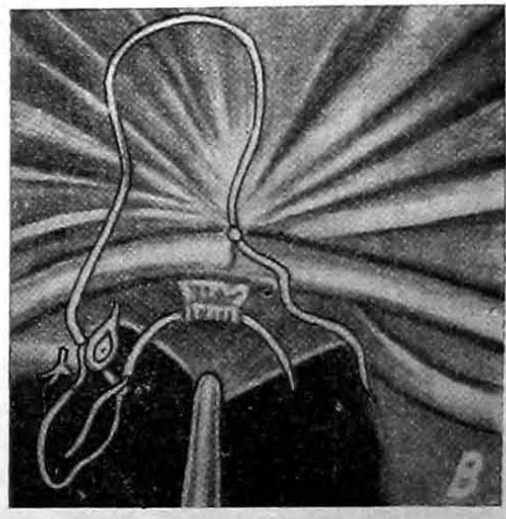


Fig. 356. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Acoperirea bontului cervical cu peritoneul vezical, procedeul Crossen:
A, B, C — succesiunea timpilor operatori.





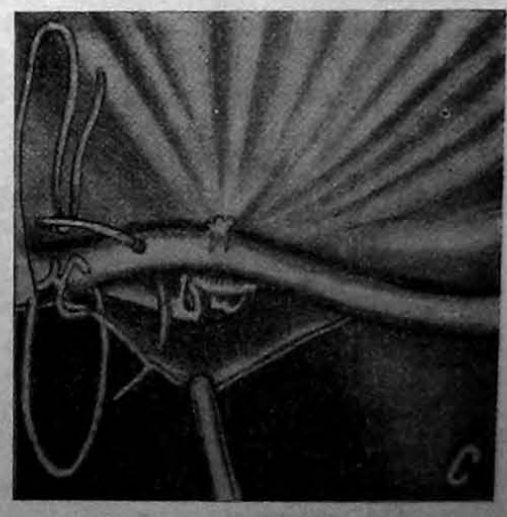


Fig. 357. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Modalitate de peritonizare a bontului cervical, cînd peritoneul vezical este infiltrat:
A, B, C — succesiunea timpilor operatori.

Morbiditatea postoperatorie este minimă.

După 3—4 săptămîni de la operaţie, bolnavele se simt perfect, colul uterin este nedureros şi fundurile de sac vaginale sînt suple.

Rezultate

— *Organice:* păstrarea colului menţine intactă lungimea vaginului, iar fixarea acestuia la ligamentele rotunde evită prolapsul genital. Lacîteva luni după operaţie, aparatul genital pare normal la tactul vaginal, cu toate că s-a extirpat corpul uterului: vaginul suplu, colul mobilizabil, fundurile de sac nemodificate. Distrofia sclero-chistică a ovarelor se întîlneşte foarte rar.

— *Funcţionale*: viaţa sexuală este normală şi nu apar tulburări precoce de menopauză, deşi menstruaţia dispare. Studii făcute asupra receptorului vaginal (examen cito-hormonal şi pH) arată că ovarele continuă să fie active. Echilibrul hormonal se păstrează şi dacă menopauza apare uneori mai devreme, instalarea ei nu este zgomotoasă.

Rezultatele funcţionale tardive sînt cu atît mai bune, cu cît se păstrează ambele ovare cu trompele respective şi cu cît anexele nu sînt modificate de procese inflamatorii cronice. Rezultatele anatomice îndepărtate sînt în general foarte bune. Complicaţiile care se pot ivi sînt: alungirea hipertrofică şi prolapsul colului, cancerul pe col restant. Unii autori susţin că prolapsul genital este mai frecvent după histerectomia subtotală decît după histerectomia totală. Nu împărtăşesc acest punct de vedere. Frecvenţa cancerului pe col restant este de 1—2%, fără să se poată afirma dacă în adevăr acest procent reprezintă cancerizarea colului rămas sau este vorba de cancer restant pe col, care nu a fost diagnosticat înainte de operaţie.

Variante de tehnică in histerectomia subtotală. în practică se întîlnesc situaţii patologice dificile, pe care technica «tip», descrisă la pag. 313 nu le poate «rezolva. Aceste situaţii grele sub aspect chirurgical pot fi create, fie de tumorile •mari ale uterului (care blochează întreg pelvisul), fie de tumorile incluse şi incla- vate (care împiedică executarea timpilor operatori obişnuiţi), fie de tumorile anexiale foarte aderente la pereţii pelvisului şi la organele vecine.

Pentru soluţionarea acestor dificultăţi nu există procedee «tip», operatorul trebuind să se adapteze de la caz la caz, orientîndu-se după cîteva principii generale de tactică şi tehnică operatorie:

— operaţia să înceapă de la simplu la complex, adică din partea mai uşoară către partea mai grea;

— să se lichideze mai întîi cu uterul, pentru a se cîştiga lumină în cîmpul operator;

—procesele tumorale anexiale aderente să fie atacate de jos în sus.

De exemplu:

Dacă pelvisul este inaccesibil din cauza unei tumori uterine incluse (fibrom dezvoltat în baza ligamentului larg), sau dacă uterul nu poate fi extirpat din cauza unui fibrom dezvoltat într-o regiune în care împiedică abordarea pediculilor vasculari sau 1 istmului, operaţia se începe cu extirparea acestor tumori.

Dacă pelvisul este blocat numai într-o singură parte, fie de tumori incla- vate sau incluse ale uterului, sau ale ovarului, fie de tumori inflamatorii tubo- ovariene, operaţia începe cu anexa opusă şi extirparea se continuă într-un singur sens anexectomie -> histerectomie anexectomie —, de la stîngă la dreapta, sau de la dreapta Ia stîngă (fig. 358).

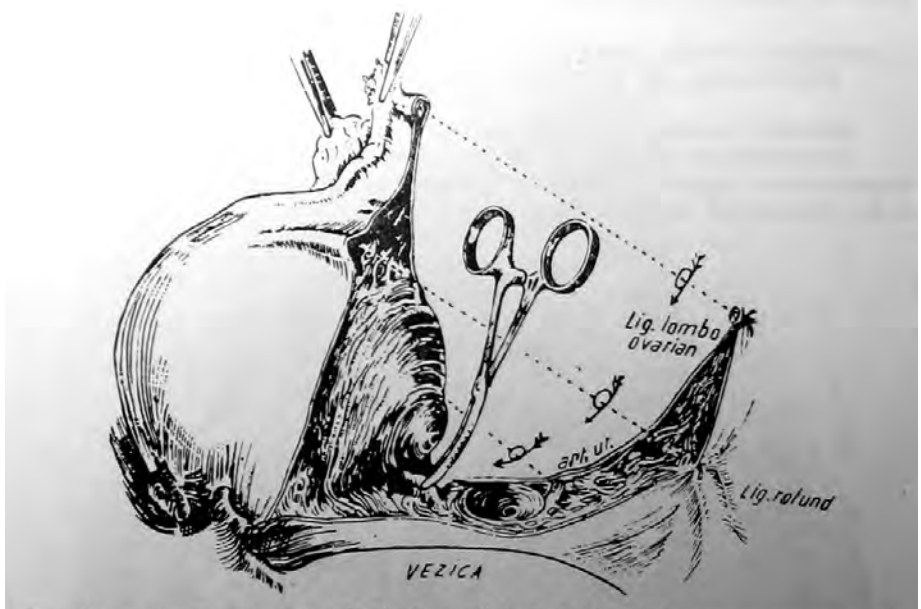


Fig. 358. — Histerectomia subtotală după procedeul Kelly. Sensul în care se execută tehnic, operaţia.

Dacă pelvisul este blocat în ambele părţi de tumori anexiaJe foarte aderente, operaţia începe cu atacarea uterului, fie prin decolare anterioară sau posterioară, fie prin hemisecţie. De la caz la caz, operaţia poate fi fragmentată, extirpîndu-se mai întîi uterul, apoi anexele, sau o anexă, apoi uterul şi la urmă cealaltă anexă.

Histerectomia subtotală cu păstrarea ovarelor. Această operaţie care constă din extirparea uterului pînă la nivelul istmului şi a ambelor trompe (histerectomie subtotală cu salpingectomie bilaterală), are indicaţii foarte rare. Tehnica histerectomiei istmice este identică cu procedeul obişnuit, descris la pag. 313. Extirparea trompelor se face fie la început, fie după ablaţia uterului. Se acordă o grijă deosebită respectării arcadei vasculare sub-tubare pentru a nu se compromite vascularizaţia ovarelor. Este dc preferat să se păstreze ambele ovare, fiindcă ovarul unic poate produce dureri, prin transformare chistică, care să necesite o altă operaţie.

Scopul conservării ovarelor este să se evite instalarea unei menopauze precoce. Hotărîrea acestei conduite se ia în timpul operaţiei, în raport cu aspectul anatomic al ovarelor şi cu vîrsta femeii: pînă la vîrsta de 45 de ani, conservarea ovarelor se face de regulă; după vîrsta de 50—55 de ani, castrarea este sistematică pentru a se evita riscul cancerizării (acest risc este sigur în 0,2% din cazuri); între 45 şi 50 de ani atitudinea este eclectică, elementele de decizie pentru castrare fiind: potenţialul redus funcţional al

ovarelor, procesele inflamatorii cronice anexiale, endometrioza ovariană, imposibilitatea de a respecta din punct de vedere tehnic vascularizaţia gonadelor sau necesitatea de a îndepărta în totalitate anexele pentru sinplificarea tehnicii operatorii.

f) HISTERECTOMIA INTERANEXIALĂ SUPRAISTMICĂ ÎNALTĂ CU PĂSTRAREA DE LAMBOU ENDOMETRIAL (procedeu Sîrbu)

Indicaţii: procedeul se adresează uterului polifibromatos. Contraindicaţii: infecţiile anexiale şi piometria; displaziile colului uterin; degenerescenţă suspectă a nodulilor fibromatoşi sau a polipilor endocavitari; noduli fibromatoşi localizaţi pe istm sau pe col.

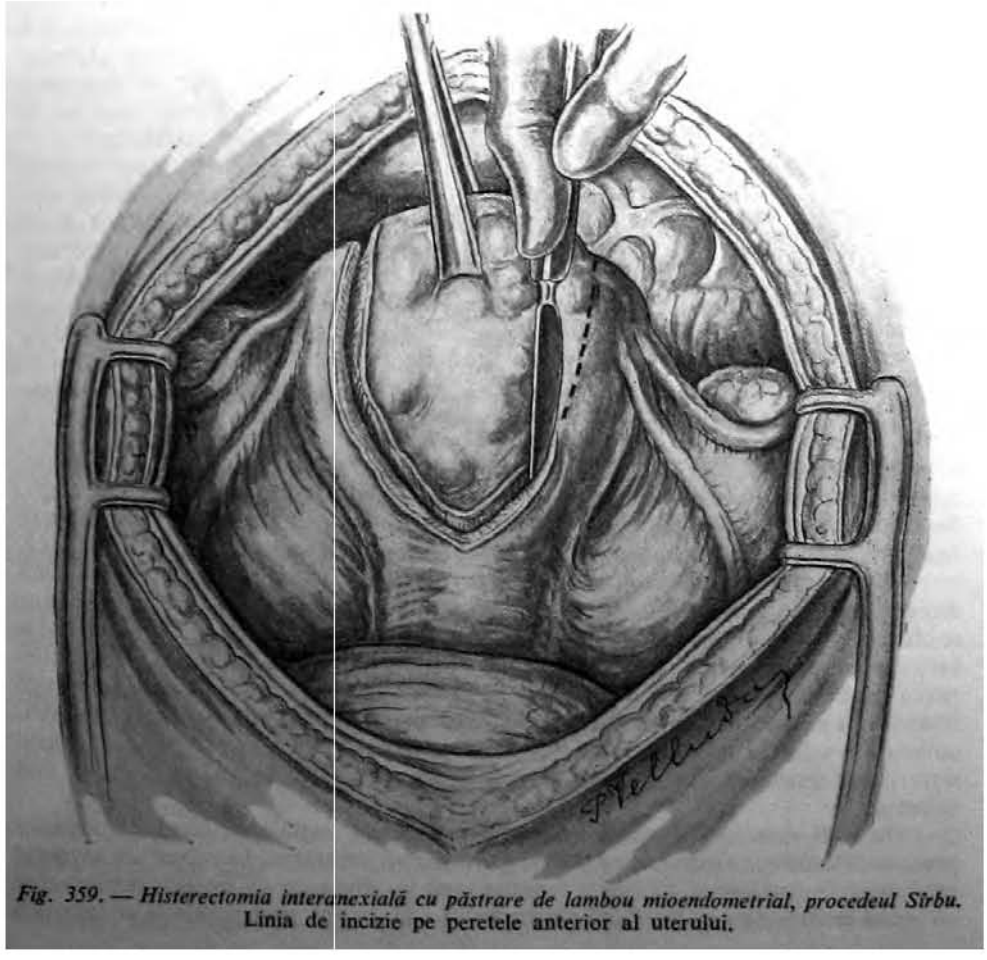


Fig. 359. — Histerectomia interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeul Sîrbu. Linia de incizie pe peretele anterior al uterului.

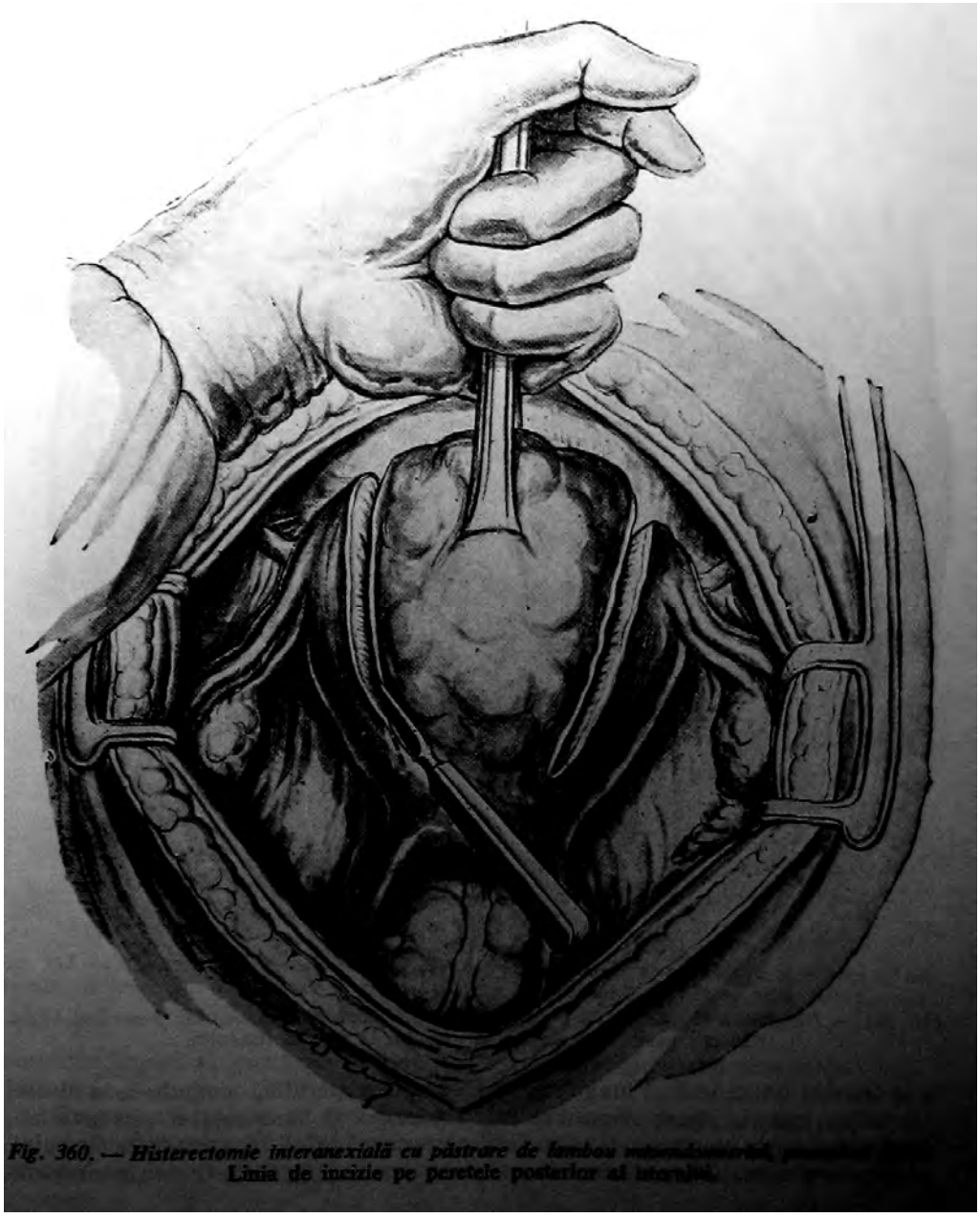


Fig. 360. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mio-mezometrial, prin
Linia de incizie pe peretele posterior al uterului.

Condiţii de efectuare: ovarele şi trompele să fie sănătoase; vîrsta femeii să fie sub 40 de ani. Tehnica

- Laparotomie mediană sau prin incizie Pfannenstiel. Se explorează vizual şi prin palpare uterul; se verifică sediul şi volumul tumorilor; se precizează faţa uterului — anterioară sau posterioară — din care se va croi lamboul; se controlează anexele; se izolează Douglasul şi ansele intestinale cu cîmpuri moi umede.

— Se apucă fundul uterului cu pensa Museux, pentru tracţiune şi orientare. Incizia miometrului se face cu bisturiul, la o distanţă de 2—3 cm faţă de marginile uterului (fig. 359). Se porneşte de pe faţa anterioară, puţin deasupra istmului, şi se croieşte o incizie de-a lungul marginii drepte a uterului, ocolindu-se la nivelul coarnelor, inserţia ligamentului rotund, a trompei şi ligamentului uteroovarian, după care incizia se prelungeşte pe faţa posterioară, pînă în apropierea istmului, păstrîndu-se aceeaşi distanţă faţă de marginea uterului (fig. 360). O incizie asemănă- toare se face şi de partea stîngă. Capetele inciziilor se împreunează pe linia mediană, anterior (vezi fig. 359), dacă lamboul va fi croit din peretele posterior, sau posterior, dacă lamboul va fi croit din peretele anterior al uterului.

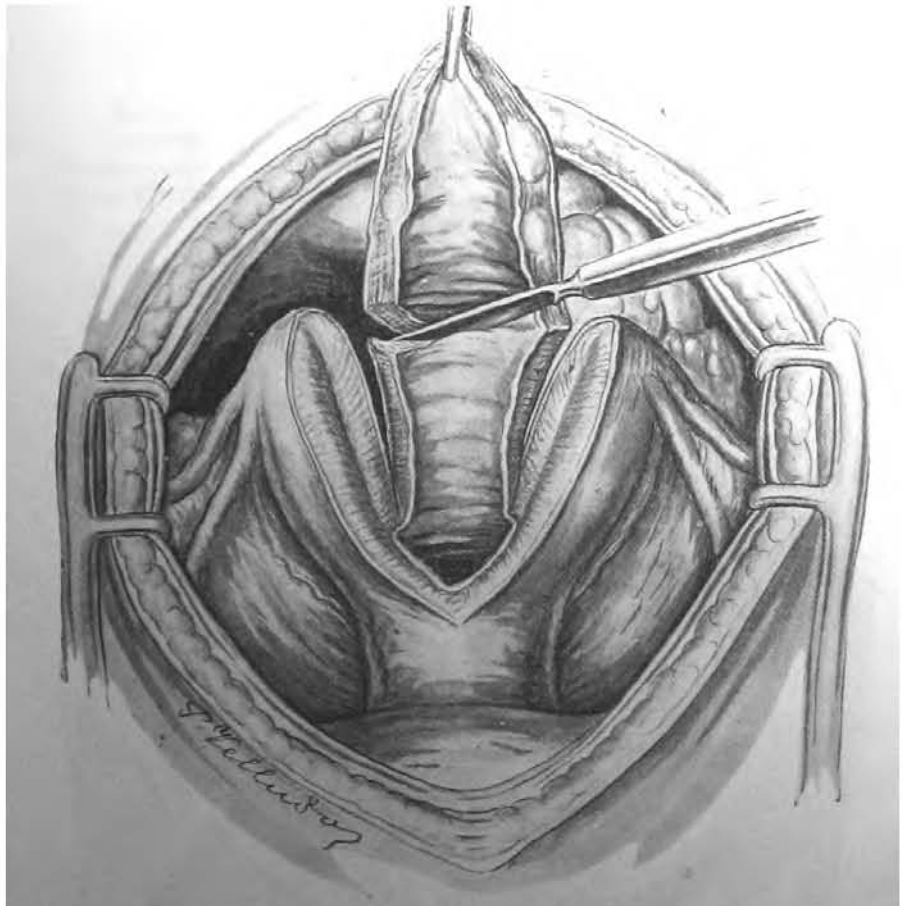


Fig. 361. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeul Sîrbu. Rezecția peretelui anterior al uterului la nivelul fundului.

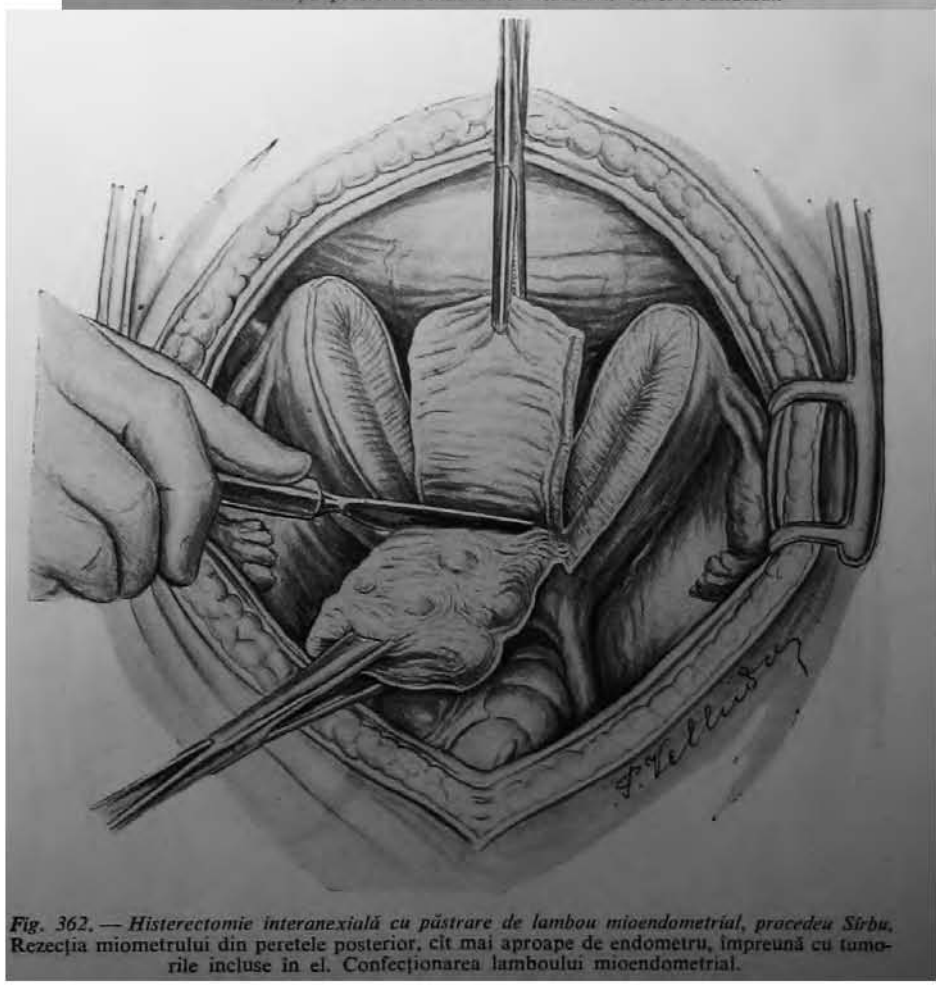


Fig. 362. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeu Sîrbu. Rezecția miometrului din peretele posterior, cît mai aproape de endometru, împreună cu tumorile incluse în el. Confecționarea lamboului mioendometrial.

Se excizează peretele anterior al uterului, cuprins între cele două incizii, împreună cu tumorile incluse şi suprafaţa respectivă de endometru. Dacă volumul tumorilor împiedică excizia, acestea pot fi extirpate în prealabil prin simplă miomectomie.

Fragmentul excizat se detaşează de uter la nivelul fundului (fig. 361). — Se controlează starea endometrului ataşat pe peretele posterior şi se apreciază, în raport cu suprafaţa acestuia şi cu lăţimea buzei anterioare a istmului, restantă după excizia peretelui anterior, dimensiunea lamboului endomiome- trial care urmează să fie croit din peretele posterior al uterului. Pentru aceasta, se apucă cu pensa Museux de grosimea exterioară (musculo-seroasă) a peretelui uterin, iar cu bisturiul se detaşează, de sus în jos, cea mai mare parte din miometru, împreună cu tumorile incluse în el, respectîndu-se partea sănătoasă, adiacentă endometrului (fig. 362).

— Se verifică intrarea în canalul cervical, după care se aduce capătul superior al lamboului endomiometrial la buza anterioară a istmului secţionat, de care se fixează cu fire separate de catgut, trecute musculo-muscular (fig. 363), reconstituindu-se astfel o cavitate mică, ai cărei pereţi sînt căptuşiţi cu mucoasa uterină.

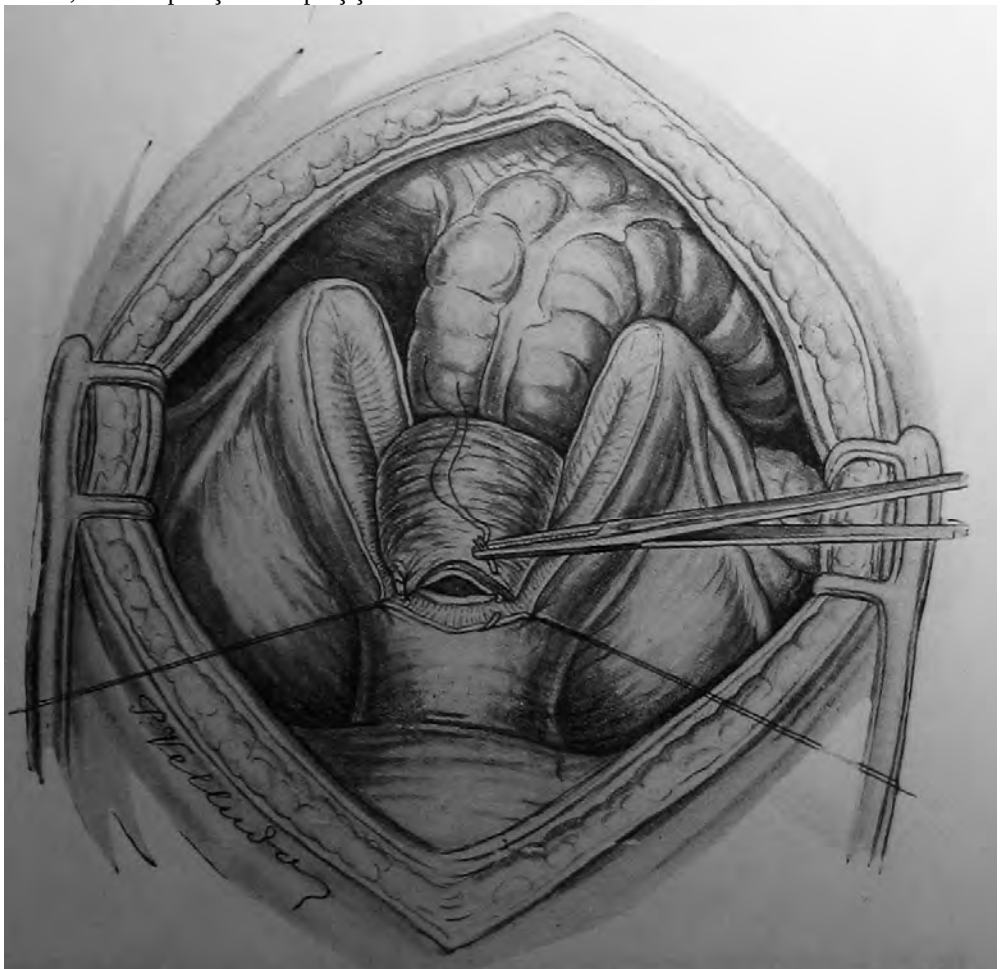


Fig. 363. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeul Sîrbu Fixarea lamboului mioendometrial la buza anterioară a istmului.

Dacă lamboul este preparat din peretele anterior al uterului, capătul lui se fixează la buza posterioară a istmului.

Lamboul endomiometrial confecţionat, fiind pediculat, cu o bază de implantare largă, are asigurată o bună vascularizaţie.

— Se reconstituie uterul, suturîndu-se, cu fire separate sero-musculo-seroase, suprafeţele de miometru rămase după excizia pereţilor (fig. 364), peste lamboul endomiometrial.

— Sutura peretelui anterior al uterului se acoperă cu peritoneul vezical, ca în fig. 36S, iar sutura peretelui posterior se acoperă cu un fragment de epi- ploon nepediculizat (fig. 366); sau întreaga linie de sutură a uterului se acoperă cu fragment de epiploon nepediculizat, ca în fig. 272.

— Peretele abdominal se închide în straturi anatomice, după ce s-a spălat pelvisul cu ser fizilogic cald şi s-a lăsat în peritoneu penicilină dizolvată.

Fig. 364. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeul Sîrbu.
Reconstituirea uterului prin suturarea miometrului într-un singur strat.

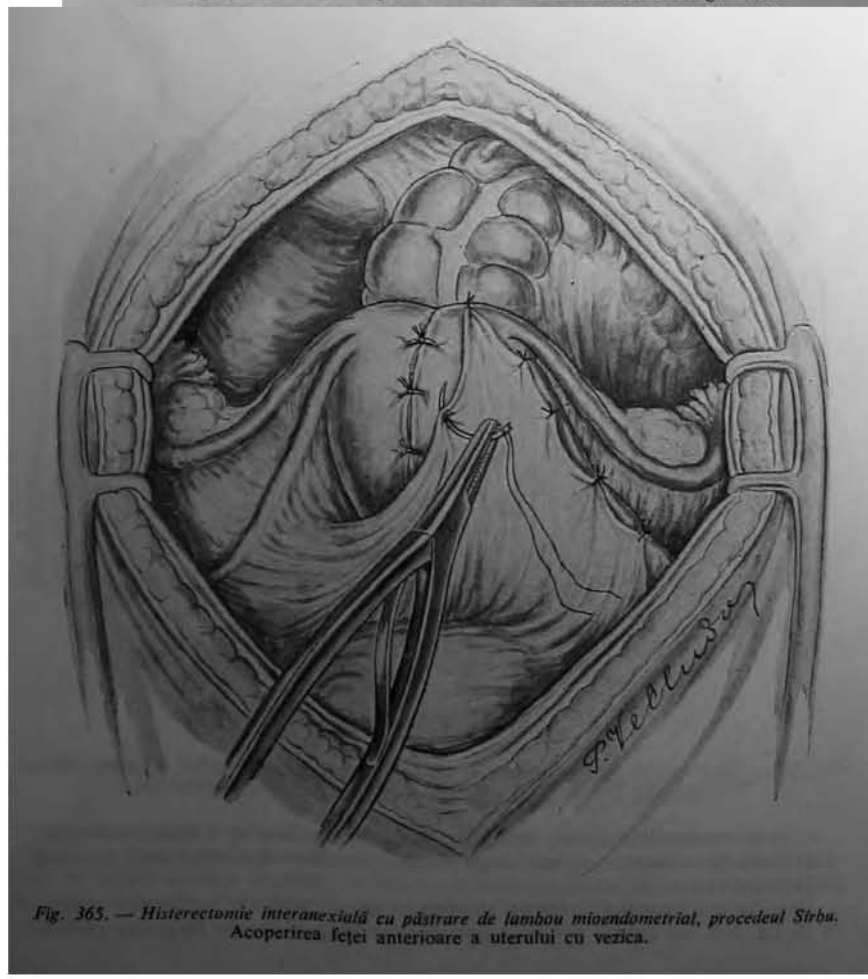


Fig. 365. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeul Sîrbu.
Acoperirea feței anterioare a uterului cu vezica.

Tratamentul postoperator: administrarea de antibiotice şi profilaxia bolii tromboembolice prin mobilizarea precoce. Acest procedeu se situează între imposibilitatea executării miomectomiei sau miometrectomiei şi evitarea unei histerectomii, chiar parţiale, cu urmări nefavorabile asupra vascularizaţiei ovarelor, din cauza secţionării arterelor uterine.

Histerectomia interanexială cu păstrarea de lambou endomiometrial satisface, anatomic, păstrarea vascularizaţiei, iar funcţional, conservă sinergia utero- ovariană. în consecinţă, sînt conservate funcţia menstruală şi echilibrul psiho- neuroendocrin. Histerografia efectuată la unul din cazurile operate cu acest procedeu autentifică păstrarea cavităţii uterine (fig. 367).

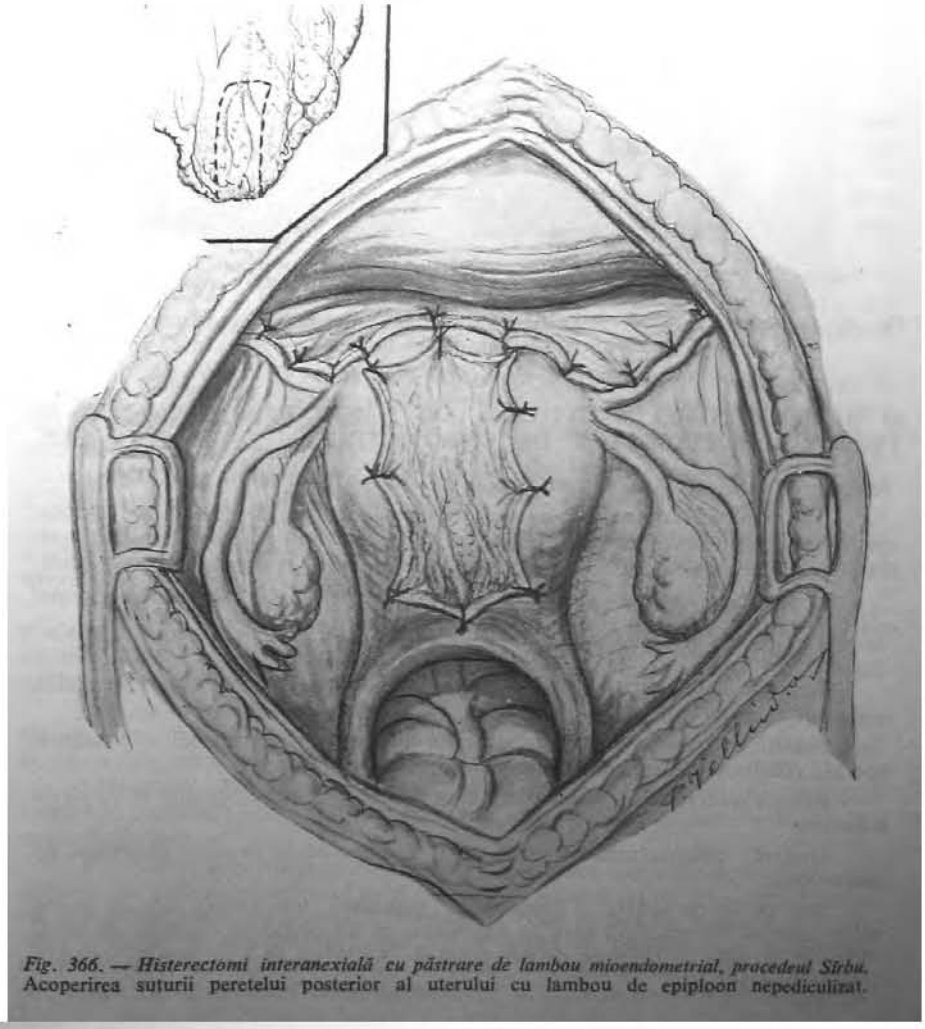


Fig. 366. — Histerectomi interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeul Sîrbu. Acoperirea suturii peretelui posterior al uterului cu lambou de epiploon nepediculizat.

Fig. 367. — Imaginea cavităţii uterine după histerectomia interanexială cu păstrare de lambou mio-endometrial, procedeul Sîrbu.

g) HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ CU PĂSTRAREA ANEXELOR ŞI TRANSPLANT PEDICULAT DE ENDOMETRU ÎN CAVITATEA CERVICALĂ

În situaţiile în care extirparea în întregime a corpului uterului se impune* motivată de întinderea leziunilor acestuia, păstrarea unui fragment din endometru şi grefarea acestuia în bontul cervical este necesară şi de multe ori posibilă..

Scopul acestei operaţii este de a menţine menstruaţia şi echilibrul hormonal, ovarian, evitînd menopauza la femeile în activitate sexuală.

Indicaţii. Histerectomia subtotală conservatoare la femeile tinere.

Contraindicaţii. Hiperplazia polipoasă şi glandulo-chistică a endoţnetrului* sau atrofia iui.

Condiţii de efectuare. Acestea reies din indicaţiile şi contraindicaţiile acestei operaţii (păstrarea ovarelor, endometru normal, col sănătos).

Reuşita intervenţiei depinde de starea ovarelor, a endometrul ui şi de vîrsta bolnavei.

Grefarea endometrului se încearcă şi la cazurile la care se păşţreaţă un singur ovar.

Din punct de vedere al tehnicii de executare, toţi autorii sînt de acordl ca fragmentul de mucoasă care se păstrează, să fie pediculat, dublat de mioi metru şi să aibă o lungime de cel puţin 3—4 cm, ca să i se aşţgyre CQQdiţii trofice de vitalitate.

Tehnici operatorii

Procedeul Stanca (82): «după ligatura pediculilor vasculari, se secţionează anterior şi transversal colul, pînă la canalul cervical, în dreptul istmului, apoi se hemisecţionează peretele anterior uterin pe linia mediană, în sens longitudinal, de la fund pînă la secţiunea transversală făcută pe col; se deschide astfel uterul, punîndu-se în evidenţă cavitatea. Vom examina mucoasa uterină, dacă ea se pretează pentru transplantare: în cazul unei mucoase bune, croim din peretele posterior un lambou muco-muscular de 3—4 cm lungime şi 1,5 cm lăţime, păstrîndu-se pediculul pe bontul cervical posterior. Se detaşează apoi restul corpului uterin de pe col, lăsînd pe loc ambele anexe sau cel puţin un ovar sau rest de ovar. Se creează un jgheab în peretele anterior al canalului cervical, cu ajutorul unui bisturiu îngust, extirpînd atîta mucoasă cervicală, cît să încapă în acest jgheab lamboul creat».

« Lamboul trebuie să fie apoi modelat, lăsînd mai puţin ţesut muscular în spate, ca să se poată introduce uşor în canal. Printr-un fir sau două de catgut în U îl fixăm pe peretele anterior cervical. Lamboul trebuie să se culce exact în jgheabul neoformat, cu suprafaţa lui musculară, pe suprafaţa musculară a jgheabului. Se continuă operaţia prin sutura marginilor colului şi peritonizarea lui».

Rezultatele tardive, pe 50 de cazuri (Stanca) sînt:

« Păstrarea şi implantarea în col a unui lambou din mucoasa uterului în histerectomiile subtotale poate să asigure menstruaţia în 84% din cazuri. In 16% din cazuri lamboul a rămas inactiv, fie că s-a eliminat mai tîrziu prin necroză, fie prin atrofie.»

« Fluxul menstrual apare de obicei în prima lună de la data operaţiei. In puţine cazuri (20%) se instalează mai tîrziu, la 2—6 luni de la operaţie, cu ritm regulat, în cantitate uneori mai mică, alteori complet normală şi uneori chiar mai abundentă».

« Cantitatea sîngelui menstrual nu este în raport cu suprafaţa de mucoasă a lamboului grefat».

«Intervenţia este indicată în toate cazurile în care sîntem nevoiţi să facem o operaţie radicală la femei pînă la 40—42 de ani, pentru fibroame sau tumori anexiale benigne».

«Vitalitatea lamboului este destul de lungă: atît în cazurile proprii, cît şi ale altor autori, aceasta poate să ajungă pînă Ia 9—10 ani, deci un interval de timp suficient ca organismul să se poată pregăti pentru o menopauză definitivă ».

« în nici unul din cazurile urmărite nu au apărut degenerescenţe chistice ale ovarelor, deci această intervenţie are şi o valoare experimentală, confirmînd existenţa unei corelaţii funcţionale între mucoasa uterină şi ovar».

«Intervenţia are şi un hotărît rol psihic, de foarte mare importanţă, căci asigură în conştiinţa femeii o situaţie care o încadrează între femeile cu funcţii genitale normale».

Procedeul K a p l u n foloseşte un lambou de endometru pediculat prelevat din peretele anterior al uterului, lung de 4 cm şi lat de 1,5—2 cm. Operaţia se conduce astfel: se incizează semicircular colul pe faţa lui posterioară; cavitatea uterului se deschide printr-o incizie mediană, longitudinală, prelungită cu două incizii laterale spre coarnele uterului j cu pensa Museux se prind marginile plăgii. Se controlează cavitatea uterului; se croieşte lamboul de endometru din peretele anterior, de formă dreptunghiulară şi cu un mic strat muscular sub el; se extirpă uterul la nivelul istmului, ferind pediculul lamboului creat; se dilată canalul cervical cu o pensă şi, la nevoie, se fac incizii laterale, dinăuntru în afară pentru a mări intrarea; se excizează din peretele posterior al canalului cervical un fragment ceva mai mic decît transplantul; se aplică un fir de catgut pe marginea posterioară a lamboului şi se înnoadă; unul dintre capetele firului se trece cu acul prin marginea inferioară a jgheabului, făcut în peretele posterior al colului; legarea firelor aduce şi aplică lamboul de endometru, cu partea lui musculară, pe suprafaţa acestui jgheab; cu 1—2 fire suplimentare se prind marginile lamboului la col; marginile colului se suturează cu catgut; peritonizare.

Procedeul M an d el s t am (41) foloseşte două lambouri pediculate de endometru, unul anterior şi altul posterior, pe care le introduce în canalul cervical, suturînd deasupra lor marginile colului.

Procedeul G o lub c in. Operaţia se începe ca în histerectomia subtotală, croindu-se la început cîte un lambou sero-muscular, pe peretele anterior şi posterior. Apoi se croieşte un lambou muco-muscular sub formă de con, cu vîrful în sus. Lambourile sero-musculare (anterior şi posterior) se suturează cu catgut peste conul muco-muscular. Peritonizare cu pliul vezical.

h) HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ PE CALE VAGINALĂ

Calea vaginală este recomandabilă numai la acele femei la care este contraindicată calea abdominală: obezitate, cardiopatie, diabet etc.

Condiţii de efectuare: vagin larg, uter mobil şi nu prea voluminos, para- metre libere şi anexe normale. O condiţie esenţială care se apreciază sub anestezie, la începutul operaţiei, este ca uterul să vină uşor în vagin. Dacă tracţiunea pe col nu mobilizează suficient uterul şi dacă vaginul nu este îndeajuns de larg, este mai prudent să se renunţe la această cale, de la început.

Tehnica

Colpoceliotomie anterioară (vezi pag. 71).

Exteriorizarea uterului. După ce se deschide peritoneul se luxează uterul în vagin, apucînd fundul cu o pensă de col.

Secţionarea şi legarea pediculilor anexelor. Se secţionează între două pense şi se leagă ligamentele rotunde, şi pediculii anexelor, cît mai aproape de coarnele uterului (fig. 368). Capetele firelor se păstrează lungi. După secţionarea pediculilor anexelor, uterul se lasă adus şi mai mult în vagin.

Secţionarea şi legarea arterelor uterine. Se procedează la fel ca şi în histerectomia subtotală pe cale abdominală, adică se aplică pe fiecare margine a uterului, la nivelul istmului, cîte o pensă J.L. Faure (fig. 369). Pensele pentru hemostază «muşcă» din ţesutul uterin. Arterele se taie sub nivelul penselor şi capetele lor se leagă cu catgut gros, firul fiind trecut cu acul prin marginea uterului.

închiderea cavităţii peritoneale. Cu cîteva puncte separate de catgut subţire se prinde peritoneul vezical la peritoneul feţei posterioare a colului. Timpul septic care urmează — secţionarea uterului — se execută deci extraperitoneal.

Amputarea uterului. Secţionarea uterului se face cu bisturiul, la nivelul istmului (fig. 370). Dacă este cazul, se poate face evidarea conică a colului, folo- sindu-se acelaşi procedeu ca în histerectomia abdominală (vezi pag. 325).

Închiderea colului. Cu cîteva puncte separate de catgut se închide colul, aducînd şi fixînd la capetele suturii firele cu care s-au legat pediculii superiori. Această manevră suspendă colul, evitînd prolapsul (fig. 371).

Loja rămasă se tamponează cu o meşă care se scoate după 6 zile. Dacă hemostaza este bine realizată, se suturează peretele anterior al vaginului fără drenaj.

Avantaje. Operaţia se execută rapid şi este neşocantă.

Dezavantaje. Nu permite controlul pelvisului şi deci inventarierea tuturor leziunilor.

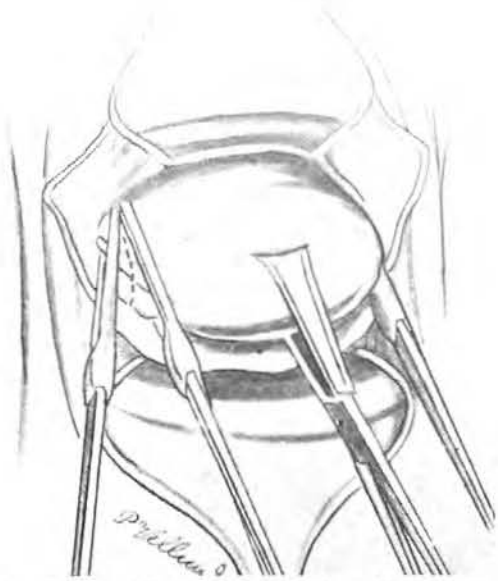


Fig. 368. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Secționarea și legarea pedicului anexial la nivelul cornului uterin (trompa, ligamentul utero-ovarian și ligamentul rotund).

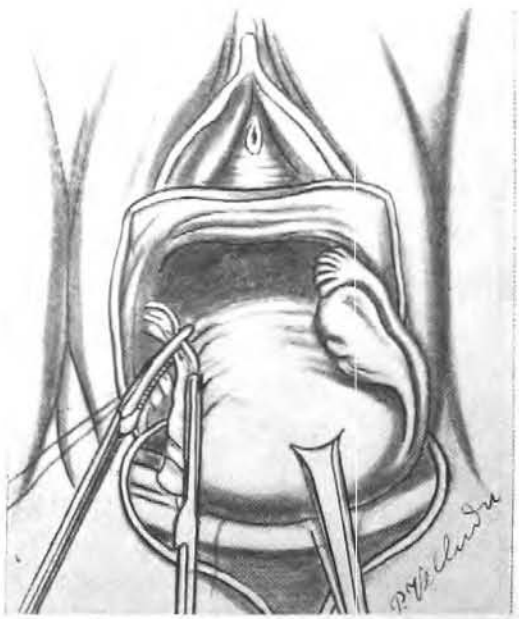


Fig. 369. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Pensarea arterelor uterine la nivelul istmului.

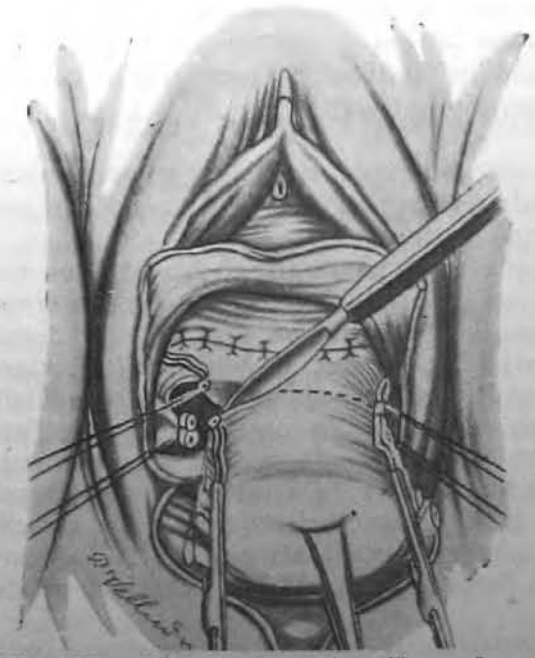


Fig. 370. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Secționarea uterului cu bisturiul, la nivelul istmului.

Fig. 371. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Sutura istmului cu includerea la comisuri a capetelor anexelor (suspendarea bontului cervical).

3. OPERAŢII CARE RESPECTĂ NUMAI FUNCŢIA HORMONALĂ

a) HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ TOTALIZATĂ

Acest procedeu este cunoscut şi sub numele de histerectomia totală în doi timpi, sau de histerectomie cu extirparea secundară a colului. Este folosită în acele cazuri în care volumul tumorii uterine fiind prea mare, pentru clarificarea cîmpului operator este de preferat să se scoată întîi uterul prin histerectomie subtotală şi apoi colul. J. Huguier foloseşte histerectomia în doi timpi, la acele cazuri cu metroragii la care posibilitatea unui cancer de endometru nu a fost exclusă prin investigaţii preoperatorii. Cu această indicaţie, se procedează astfel: se face mai întîi histerectomie subtotală; se examinează cavitatea uterului extirpat şi dacă sînt elemente de suspiciune se procedează în continuare la extirparea colului. Huguier numeşte această operaţie *histerectomie biopsică.*

Tehnica

— Histerectomie subtotală tipică cu păstrarea anexelor şi secţionarea arterelor uterine la nivelul istmului. Pensele J.I.Faure se lasă pe loc; îndepărtarea lor în afară uşurează manevrele de extirpare a colului.

— Se apucă buza anterioară a colului cu o pensă tirbal sau Museux (un vîrf al pensei se introduce în canalul cervical). Se trage colul în sus prin intermediul pensei şi cu foarfecele curb, cu concavitatea întoarsă spre col, se disecă fascia perivaginală (fig. 372) şi din aproape în aproape, se degajă colul restant în jos şi lateral, făcîndu-se în acelaşi timp şi hemostaza pediculilor cervico-vaginali. în timpul decolării, foarfecele se menţine tot timpul în contact cu colul. Faţa posterioară a coiului se degajează în acelaşi mod, mutîndu-se doar pensa Museux de pe buza anterioară pe buza posterioară (fig. 373). în acest mod se păstrează ligamentele uterosacrate. Procedîndu-se astfel vezica şi ureterele nu sînt periclitate. In continuare se apucă în întregime colul cu o pensă Museux (fig. 373 — cartuş) de care se trage puternic în sus, se deschide vaginul şi se dezinseră pereţii acestuia, razant cu colul.

O altă modalitate este de I *extirpa* extrafascial colul restant: se separă coiul de vezică, apoi de ligamentele uterosacrate, după care se pensează şi se secţionează în lungul colului cele două lame vasculare laterale, în care se găsesc vasele cer- vico-vaginale.

Aceşti pediculi se leagă după închiderea completă a vaginului.

Vaginul se închide cu fire separate de catgut în X hemostatice, sau cu surjet. Suspendarea vaginului se poate face cu ligamentele rotunde, sau trecînd firele cu care s-au legat arterele uterine prin treimea externă a bontului vaginal (procedeul Walther).

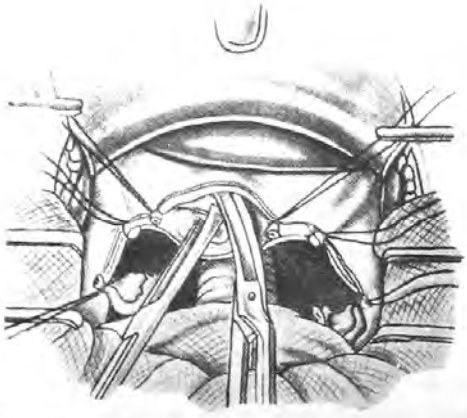


Fig. 372. — Histerectomia subtotală totalizată. Decolarea vezicii.

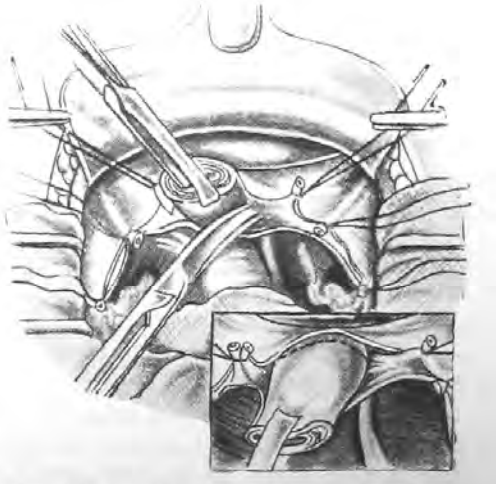


Fig. 373. — Histerectomia subtotală totalizată. Decolarea posterioară a colului:
În cartuş: tracţiune pe col cu pensa Museux şi dezinserarea vaginului.

b) HISTERECTOMIA TOTALĂ SIMPLĂ CU PĂSTRAREA ANEXELOR

Această intervenţie constă din extirparea completă a uterului cu păstrarea anexelor, respectiv a ovarelor. Din acest punct de vedere se consideră operaţia conservatoare, fiindcă se respectă funcţia endocrină.

Operaţia se poate efectua fie pe cale abdominală, fie pe cale vaginală. Fiind vorba de o intervenţie conservatoare, se dă preferinţă căii abdominale, pentru avantajul pe care-1 prezintă această cale de acces în evaluarea leziunilor organelor genitale interne.

în acest capitol vom expune tehnica histerectomiei totale simple cu păstrarea anexelor, pe cale abdominală.

Principii şi eficienţă. Operaţia porneşte de la principiul conservării funcţiei endocrine a ovarului în anumite boli ale uterului, care impun extirparea acestuia în totalitate. Eficienţa operaţiei constă în aceea că se evită tulburările neurovege- tative, caracteristice castrării chirurgicale.

Indicaţii. Histerectomia totală simplă este indicată în tratamentul fibro- miomului uterin la femeile la care colul uterin este infectat, erodat sau ulcerat şi din principiu, după vîrsta de 50 de ani, — indiferent carc este patologia uterului.

Histerectomia totală conservatoare este indicată de unii autori (A bure/, Navratil) şi în tratamentul cancerului intraepitelial al colului uterin (cancerul 0), mai ales la femeile tinere.

Alte indicaţii: metroragiile în perioada de premenopauză rezistente la orice tratament şi după anexectomiile bilaterale, indiferent dacă acestea s-au făcut pentru leziuni benigne sau maligne; tuberculoza genitală, endometrioza, rupturile uterine,

perforaţiile cu necroza septică a uterului şi inversiunea cronică, sînt indicaţii rare, care se apreciază de la caz la caz fără să se ia în consideraţie vîrsta femeii.

In afecţiunile benigne ale uterului, asociate cu leziuni ale colului, sau considerate în legătură cu vîrsta femeii — după 45 de ani — (vezi şi discuţiile de la pag. 365), avantajele histerectomiei totale cu păstrarea anexelor faţă de histerectomia subtotală sînt:

— se extirpă odată cu uterul bolnav şi leziunile displazice benigne sau agra* vate ale colului;

— se previne apariţia displaziilor colului restant, leziuni care se produc datorită modificărilor circulatorii consecutive histerectom iei subtotale, sau altor factori;

— se previn hemoragiile la nivelul colului restant (tumorale, hormonale, terapeutice);

— se previne apariţia cancerului pe col restant;

— se previne prolapsul şi dispareunia [14] (după unii autori dureri la contact şi prolapsul bontului sînt mai rare după histerectomia totală).

La avantajele de mai sus se adaugă menţinerea echilibrului neuro-hormonal prin păstrarea anexelor. Se evită în mod special atrofia vaginului şi osteoporoza [2]. Din această cauză nu spijinim atitudinea acelor chirurgi care practică anexec- tomia de principiu, cu ocazia histerectomiei după vîrsta de 45 de ani.

Dezavantajele histerectomiei totale sînt acelea că modifică statica organelor pelvisului (predispunînd la apariţia prolapsului), tulbură raporturile sexuale prin scurtarea vaginului şi produc alterări psihice prin dispariţia funcţiei menstruale. Accidentele ureterale şi vezicale sînt mai frecvente.

Contraindicaţii. Histerectomia totală simplă cu păstrarea anexelor este contraindicată cînd ovarele nu sînt sănătoase (leziuni inflamatorii, distrofice sau neoplazice), sau cînd operaţia se face pentru leziuni canceroase la nivelul corpului sau colului uterin. Bolile cardio-vasculare şi obezitatea sînt contraindicaţii pentru histerectomia pe cale abdominală.

Condiţii de efectuare. Condiţia principală pentru executarea acestei operaţii este starea anexelor. Dacă ovarele nu sînt funcţionale şi femeia este trecută de 50 de ani, se dă preferinţă histerectomiei totale cu extirparea anexelor. în cazurile cu metroragii, curetajul uterin biopsie este necesar; explorarea oncologică a colului este obligatorie.

Pregătirea preoperatorie. în vederea acestei operaţii, pregătirea vaginului constituie un timp principal: cu cîteva zile înainte se introduc în vagin ovule antiseptice.

în dimineaţa operaţiei se face irigaţie vaginală cu soluţie iodată şi se introduce o meşă lungă, al cărei capăt se lasă la vulvă pentru a putea fi scoasă în timpul operaţiei.

Anestezia: generală prin intubaţie, rahidiană sau peridurală.

Poziţia bolnavei: în uşoară înclinare Trendelenburg.

Tehnica operatorie.

Incizia peretelui: transversală sau mediană. Incizia mediană are avantaju! că poate fi prelungită la nevoie, în stînga ombilicului. Această prelungire se face- la oarecare distanţă de ombilic pentru a lăsa spre ombilic un fascicul din dreptul abdomenului care să permită refacerea peretelui la acest nivel.

Izolarea anselor intestinale cu cîmpuri moi umede. Depărtător abdominal autostatic.

Explorarea pelvisului. După examinarea întregului aparat genital intern,, dispoziţia şi natura leziunilor hotărăşte asupra tacticii şi tehnicii operatorii.

în histerectomia totală simplă pe cale abdominală se folosesc două technici operatorii: intracapsulară şi extracapsulară.

Procedeul obişnuit. Timpul I. Detaşarea anexelor de coarnele uterului şi secţionarea ligamentelor rotunde. Din punct de vedere tehnic se face ca în histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor (vezi pag. 310). La sfîrşitul acestui timp operator, se eliberează marginile uterului pînă la nivelul istmului.

Timpul II. Decolarea vezicii. Se secţionează peritoneul vezico-uterin dintr-o parte în alta şi se decolează vezica pînă la peretele vaginului. Decolarea se face cu indexul înfăşurat într-o compresă sau cu un tampon montat. Cu cît această decolare este mai bine făcută de la început, cu atît se expune mai bine pediculul vascular uterin şi se lateralizează ureterele.

Timpul III. Secţionarea ligamentelor utero-sacrate. Se trage uterul puternic spre simfiză şi se aplică pense curbe pe ligamentele utero-sacrate; se secţionează ligamentele cît mai aproape de uter, se aplică ligaturi trecute cu acul şi se suprimă pensele.

Timpul IV. Decolarea spaţiului recto-vaginal. Se secţionează transversal peritoneul de pe faţa posterioară a istmului şi cu foarfecele se creează un spaţiu de decolare spre vagin, care se perfectează cu indexul. în momentul cînd se incizează peritoneul, ajutorul introduce mîna stîngă în profunzimea Douglasului şi cu degetele trage puternic rectul spre sacru. Astfel se evită lezarea rectului.

Timpul V. Secţionarea arterelor uterine şi a ligamentelor cardinale. Se trage puternic de uter spre stînga şi se aplică pensa J.L. Faure, pe pediculul vascular şi pe ţesutul parametral drept, cu vîrful îndreptat spre peretele vaginului, astfel ca să prindă şi ramificaţiile cervicale ale arterei uterine. Pensa «muşcă» puternic şi se strînge cu fermitate. Decolarea largă a vezicii, a spaţiului rectovagi- nal şi tracţiunea puternică a uterului evidenţiază pediculii vasculari şi îndepărtează ureterele din zona în care se aplică pensa de hemostază. După aplicarea pensei pe artera uterină, se aplică o altă pensă spre uter şi între acestea se secţionează pediculul cu foarfecele, circa 2 cm în jos, pînă la domul vaginal.

Se procedează la fel şi de partea opusă.

Secţionarea pediculilor vasculari face ca tracţiunea pe uter să aducă şi mai bine vaginul în cîmpul operator; decolarea pereţilor vaginului se completează cu foarfecele; porţiuni din paracolpos se pensează şi se secţionează.

Timpul VI. Secţionarea vaginului. Se izolează Douglasul cu un cîmp moale, timpul operator vaginal fiind septic; se deschide vaginul pe peretele anterior, imediat sub nivelul colului; în acest moment se extrage meşa din vagin; prin deschiderea făcută se apucă

---

[14] Dispareunia este urmarea unei cervicite pe bontul restant sau fixării ovarelor prea aproape de domul vaginal. Durerile la contact după histerectomia totală slnt, fie rezultatul unei fixări rigide a vaginului la ligamentele rotunde, fie a unei cicatrizări fibroase 1 parame- trelor, în urma unei vindecări per secundam, după drenqj vaginal (O. Käser).

I Ovarele se păstrează pînă la vîrsta de 30—55 ani, dacă sînt normale, dacă uterul nu prez. .tă leziuni maligne, şi dacă îndepărtarea lor nu se impune din punct de vedere al tehnicii operatorii (O. Käser).

buza anterioară a colului cu o pensă tirbal sau Museux; cu foarfecele sau cu bisturiul se secţionează pereţii vaginului circular, la mică distanţă de -col, îndepărtîndu-se cu grijă uterul, astfel ca să nu atingă colul de ţesuturile vecine.

Pe măsură ce se secţionează vaginul, se aplică pense de orientare şi de tracţiune, pe buza anterioară, la comisuri şi pe buza posterioară; se introduce o meşă scurtă, retrograd, în vagin, îmbibată în soluţie de alcool iodat, pentru ca secreţiile -din vagin să nu se prelingă în abdomen din cauza poziţiei declive, în Trendelen- burg, a planului operator (meşa din vagin se scoate la sfîrşitul operaţiei).

Timpul VII. Sutura vaginului şi legarea arterelor uterine prin sutură în două straturi. Vaginul se închide imediat după ce s-a îndepărtat uterul, pentru a scurta timpul septic. Se folosesc, pentru aceasta, fire separate de catgut, sau surjet. Acul prinde pereţii vaginului în toată grosimea lor. Surjetul se începe de la dreapta la stîngă şi se întrerupe după fiecare punct. La comisuri se aplică fire în 8, pentru siguranţa hemostazei. Al doilea strat se face cu acelaşi material de sutură. Acul prinde stratul muscular şi ţesutul perivaginal; strîngerca firelor înfundă primul strat de sutură. Se îndepărtează toate instrumentele care au servit la secţionarea H sutura vaginului. Se scoate şi se aruncă cîmpul de izolare din Douglas. Operatorul şi ajutorul îşi schimbă mănuşile.

Secţionarea şi închiderea vaginului se poate face şi cu un fir de catgut Nr. 1. însăilat circular (vezi pag. 351). Această metodă este simplă, rapidă şi elimină timpul septic. Vaginul se secţionează deasupra firului şi singurul dezavantaj este că se taie accidental, dirijarea forfecelui fiind oarecum oarbă. Accidentul este fără urmări, fiindcă se prind marginile vaginului cu pense şi vaginul se închide în două straturi ca în varianta primară.

Se leagă arterele uterine, trecîndu-se cu acul un fir de nylon sau de catgut rezistent, pe sub fiecare pensă; acul prinde şi din peretele vaginului. în timp ce se strînge primul nod, se scoate pensa de hemostază şi se reaplică pe moţul pediculului vascular, pînă se strînge şi al doilea nod. Astfel pedicului este bine strîns în toată grosimea lui şi firul de ligatură se plasează pe locul pensei. Se controlează hemostaza şi la nevoie se aplică o nouă ligatură «la mînă».

Timpul VIII. Peritonizarea pelvisului. Aceasta se face cu surjet de catgut, de la dreapta la stîngă, cu care ocazie se înfundă sub peritoneu capetele trompelor şi ale ligamentelor rotunde. Firul nu se strînge tare pentru a lăsa peritoneul să se aplice pe ţesuturile subiacente. Peritonizarea se poate face şi cu fire separate. La sfîrşitul peritonizării, trompele şi ovarele rămîn libere în cavitatea pelvisului.

Pentru a se evita prolapsul, capetele ligamentelor rotunde pot fi fixate la bontul vaginului (vezi pag. 353)

Cînd există peritoneu suficient, peritonizarea se poate face pe sectoare, suturîndu-se de fiecare parte foiţele ligamentului larg, cu fir în bursă, după care se acoperă bontul vaginal cu peritoneul vezical (fig. 351).

Experienţa din ultimii ani ne-a convins că se poate renunţa complet la peritonizarea pelvisului; se scurtează timpul operaţiei şi evoluţia postoperatorie este mai simplă.

Timpul IX. închiderea peretelui abdominal. Aceasta se face anatomic şi fără drenaj.

HISTERECTOMIA TOTALĂ SIMPLĂ INTRACAPSULARĂ

P r o c e d e ui Aldrige-Richardson. Avantajele histerectomiei totale intracapsulare sau intrafasciale:

— se execută rapid şi simplu, cu sîngerare redusă;
— se evită lezarea vezicii şi ureterelor;
— se evită lezarea rectului, aderent la peretele posterior al istmului;
— se evită prolapsul vaginal, ţesuturile paracervicale de susţinere rămînînd intacte;
— fiecare timp al operaţiei este justificat anatomic şi chirurgical.

Tehnica. *Timpul I.* Secţionarea anexelor la nivelul coarnelor uterului.

Aceasta se face în două maniere:

— Maniera obişnuită: se aplică două pense Kocher drepte la nivelul coarnelor uterului, razante cu acestea. Ele prind ligamentele rotunde şi emergenţa anexelor, servind în acelaşi timp şi la tracţiunea uterului (în tumorile fibromatoase mari, pentru tracţiune, se foloseşte sfredelul chirurgical). Alte două pense Kocher drepte se aplică la 1—2 cm în afara primelor; între ele se secţionează ligamentele rotunde, trompele şi ligamentele utero-ovariene; pensele laterale se înlocuiesc cu ligaturi, cu aţă, nylon sau catgut Nr. 2. Dacă pensele de pe uter incomodează, se înlocuiesc prin ligaturi cu aţă. In continuare, se desface ligamentul larg, la început de partea dreaptă, apoi de partea stîngă, prin secţionare cu forfecele, a foiţelor peritoneale. Cîteva arteriole mici care sîngerează se ligaturează imediat. Cu tampon montat sau cu foarfecele curb închis, se eliberează marginile uterului pînă la nivelul istmului, respectiv pînă la nivelul crosei arterelor uterine.

—Maniera Richardson. Operaţia se începe cu secţionarea peritoneului vezical, în sens transversal, de la un ligament rotund, la altul, totdeauna de la dreapta la stîngă. Prin deschiderea făcută se introduce indexul care străpunge dinainte înapoi ţesutul areolar situat în porţiunea superioară a ligamentului larg şi foiţa posterioară a acestui ligament. Astfel se pediculizează, pe index, ligamentul rotund, trompa şi ligamentul utero-ovarian (fig. 374). Aceste trei formaţiuni, adunate într-un singur pedicul, se secţionează între două pense, cît mai aproape de uter. Aceeaşi manevră şi de partea opusă. Pensele sînt înlocuite cu ligaturi aplicate prin transfixie cu acul, afară de pensele puse pe coarnele uterului, care se păstrează pentru tracţiune.

Timpul II. Decolarea vezicii urinare. Peritoneul vezico-uterin se secţionează la 1 cm de locul unde este intim aderent la uter. Linia de secţiune este curbă, cu concavitatea în sus. Peritoneul vezical se decolează, de pe col, cu foarfecele curb prin mişcări de deschidere şi închidere, începînd strict cu linia mediană. Decolarea vezicii este minimă şi gestul chirurgical este ajutat de tracţiunea puternică a uterului în sens cranial.

Timpul III. Pensarea şi ligaturarea vaselor uterine. Se scheletizează pediculii vasculari (atenţie la hemoragia venoasă posibilă) şi în timp ce se basculează uterul puternic, se aplică pe pediculul vascular, o pensă curbă, ceva mai jos de istm, aproximativ la 1,5 cm deasupra domului vaginal, pentru a fi prinse şi ramurile cervicale; se aplică o pensă Kocher lungă spre marginea uterului (pentru a evita hemoragia venoasă) şi se secţionează cu foarfecele pediculul vascular între ele (fig. 375); pensa se înlocuieşte cu ligatură (catgut sau nylon); firul de ligatură se trece cu acul şi nodurile se strîng bine. **Aceeaşi tehnică şi pentru pediculul** vascular din partea stîngă.

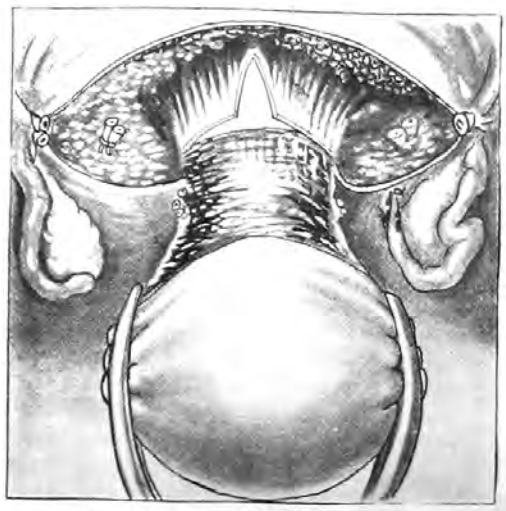


Fig. 376. — Histerectomia totală simplă intracapsulară procedeul — Aldrige-Richardson. Incizia în T a fasciei pubocervicale (după Te Linde).

Fig. 377. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Decolarea capsulei vaginale cu indexul (după Te Linde).

Timpul IV. Secţionarea fasciei pericervicale. In vederea acestui timp operator se îndepărtează cu foarfecele bont, vasele uterine legate, dinspre col spre baza ligamentelor largi şi se completează decolarea vezicii. Pentru aceasta în timp ce se trage puternic de uter, cu foarfecele bont sau cu indexul înfăşurat într-o compresă (fig. 375 — cartuş) se decolează vezica de col, apoi de vagin. Decolarea se face între vezică şi fascia pubo-cervicală, care rămîne aderentă pe col şi se recunoaşte după culoarea albicioasă. In această fascie se găseşte plexul vascular.

Cu bisturiul se incizează transversal partea anterioară a fasciei, la aproximativ 0,5 cm de peretele vezicii decolate; se introduce foarfecele şi se decolează această fascie de musculatura colului; decolarea este nesîngerîndă, dacă arterele uterine au fost legate cît mai jos; în caz contrariu, sîngerează două arteriole simetrice care se ligaturează.

Richardson incizează fascia în T, ca în fig. 376 şi prin decolare cu indexul (ca în fig. 377) sau cu foarfecele, aceasta este împinsă lateral de o parte şi de alta, împreună cu vasele pe care le conţine. Prin această manevră se îndepărtează şi ureterele de col.

După secţionarea anterioară a fasciei se trece pe partea posterioară a colului. Se basculează uterul spre simfiză pubiană şi se taie transversal peritoneul posterior, împreună cu fascia, cam la 0—5 cm deasupra inserţiei ligamentelor uterosacrate şi bineînţeles, la acelaşi nivel cu secţiunea anterioară a capsulei. Se apucă cu o pensă marginea inferioară şi prin disecţie se decolează capsula şi foiţa peritoneală de pe faţa posterioară a colului. Această disecţie permite introducerea indexului (ca în fig. 378), care îndepărtează în jos rectul de vagin. Această manevră nu se însoţeşte de hemoragie, dacă nu se împinge decolarea lateral, spre ligamentele largi.

Fig. 378. — Histerectomia totală simplă intracapsulară—procedeul Aldrige-Richardson. Decolarea rectului de vagin cu indexul (după Te Linde).

Decolarea completă a capsulei, cu îndepărtarea vezicii şi a rectului permite palparea pereţilor vaginului cu cele două indexe, ca în fig. 379.

Timpul V. Secţionarea ligamentelor cardinale şi a paracolposului. Se trage uterul spre stînga şi ajutorul îndepărtează de col bontul arterei uterine împreună cu capsula; prin aceste manevre se pune în evidenţă ligamentul cardinal; cu o pensă curbă se prinde ligamentul cardinal drept, împreună cu partea superioară a paracolposului; se secţionează în interiorul pensei (fig. 380) şi se leagă cu

catgut[1]; vîrful pensei de hemostază ajunge pînă lîngă peretele vaginului, pentru a prinde şi plexul venos al acestuia. Aceeaşi tehnică se aplică şi de partea stîngă.

După secţionarea paracolposului, pereţii vaginului sînt vizibili pe toate părţile. în acest moment se scoate meşa din vagin.

Timpul VI. Secţionarea vaginului. Se aplică pe vagin două pense, ca în fig. 381, astfel ca timpul septic să fie redus la minimum. Uterul se extirpă secţionînd vaginul deasupra acestor pense (fig. 382).

O altă modalitate este ca în fig. 383: pereţii vaginului se prind cu pense aplicate în cele patru puncte cardinale, deasupra cărora se secţionează circular cu bisturiul. Uterul se extirpă cu grijă, astfel ca să nu se atingă colul de ţesuturile intrapelviene. Pentru aceasta se aplică o pensă tirbal pe buza anterioară a colului, de care se trage în sus, astfel ca incizia pereţilor să se facă la inserţia acestora pe col, pentru ca să nu se scurteze vaginul.

După extirparea uterului se introduc în vaginul deschis 1—2 comprese îmbibate cu alcool iodat, care se scot, prin vagin, la sfîrşitul operaţiei.

în ambele modalităţi vaginul se închide cu surjet sau cu fire separate de- catgut, după care se ridică pensele.

O a treia modalitate este închiderea bontului vaginal în bursă, propusă de V. Mudric. în timp ce se trage puternic de uter în sus, pentru a se pune vaginul' sub tensiune, se însăilează circular pereţii acestuia, cu un fir de catgut Nr. U trecut, cu acul Hagedorn, prin tunica musculo-conjunctivă; în timp ce ajutorul joacă capetele firului ca pe nişte hăţuri, gest cu care marchează locul însăilării şi închide privizoriu lumenul, operatorul secţionează circular, cu foarfecele, vaginul, la cîţiva milimetri deasupra.

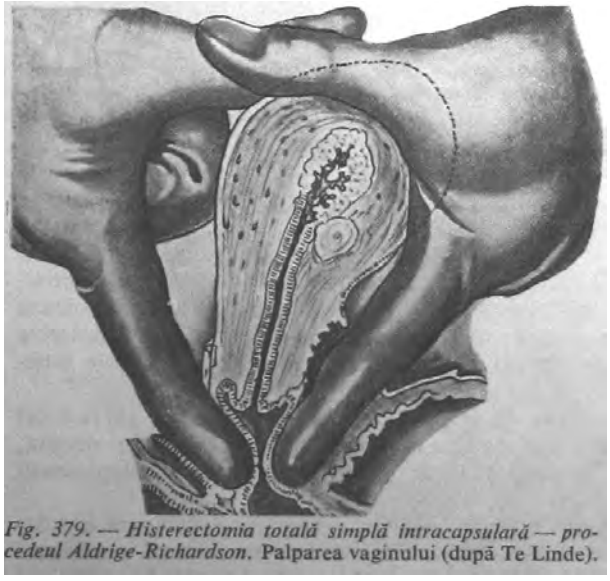


Fig. 379. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Palparea vaginului (după Te Linde).

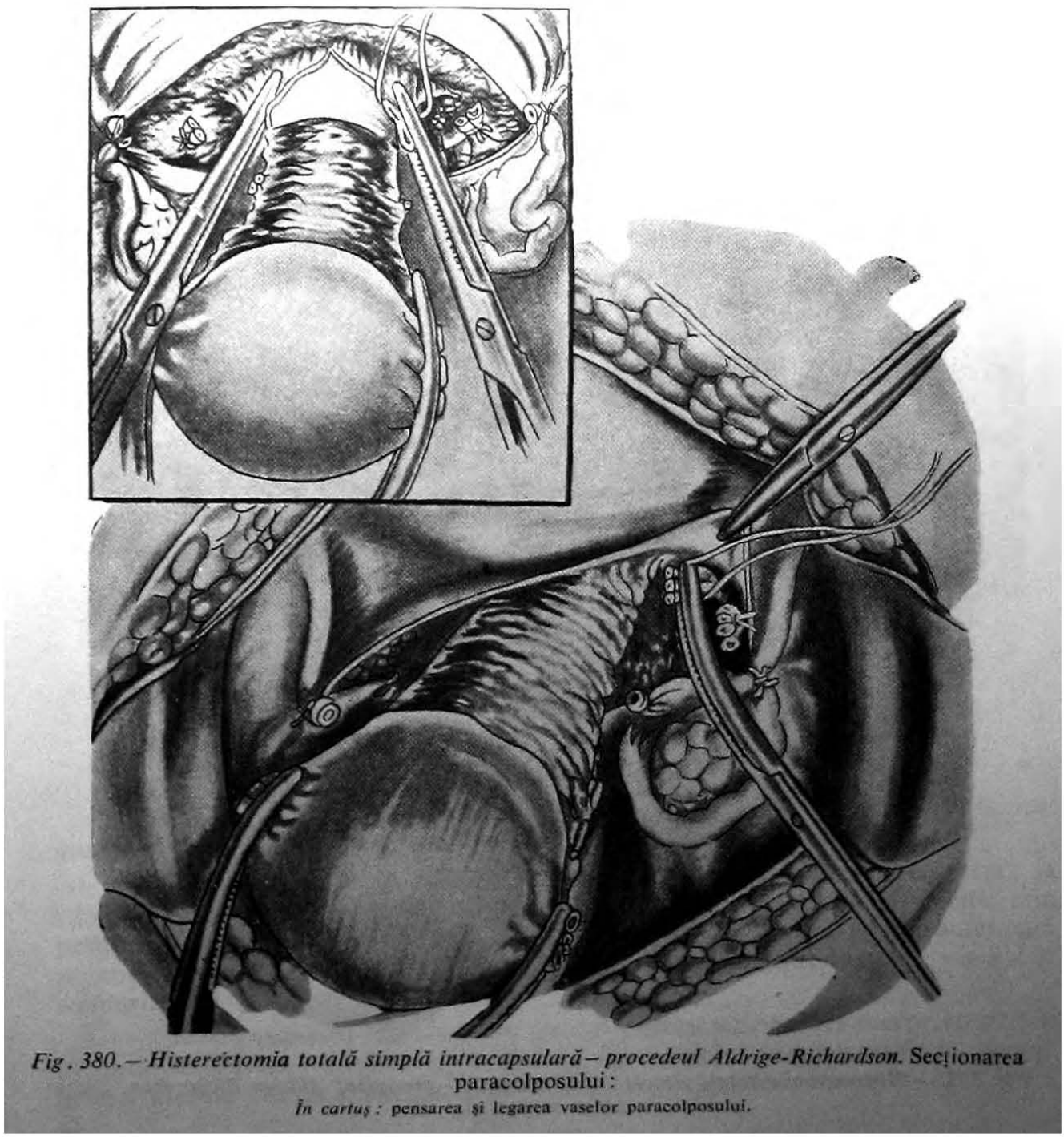


Fig. 380.— Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Secționarea paracolposului:

În cartuș: pensarea și legarea vaselor paracolposului.

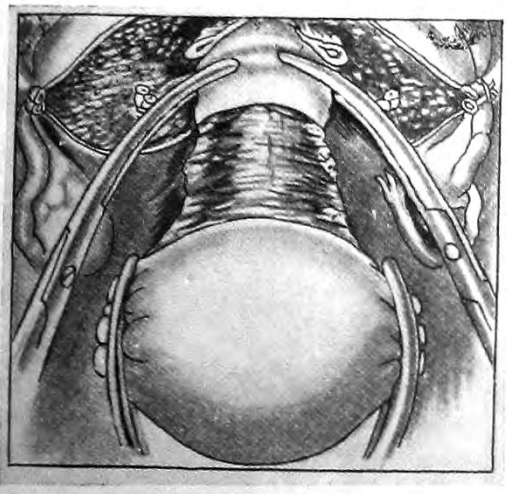


Fig. 381. — Histerectomia totală simplă intracapsulară procedeul — Aldrige-Richardson. Strangularea vaginului între două pense (după Te Linde).

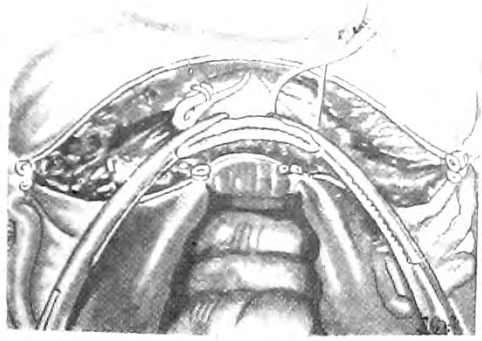


Fig. 382. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Secționarea vaginului (după Te Linde).

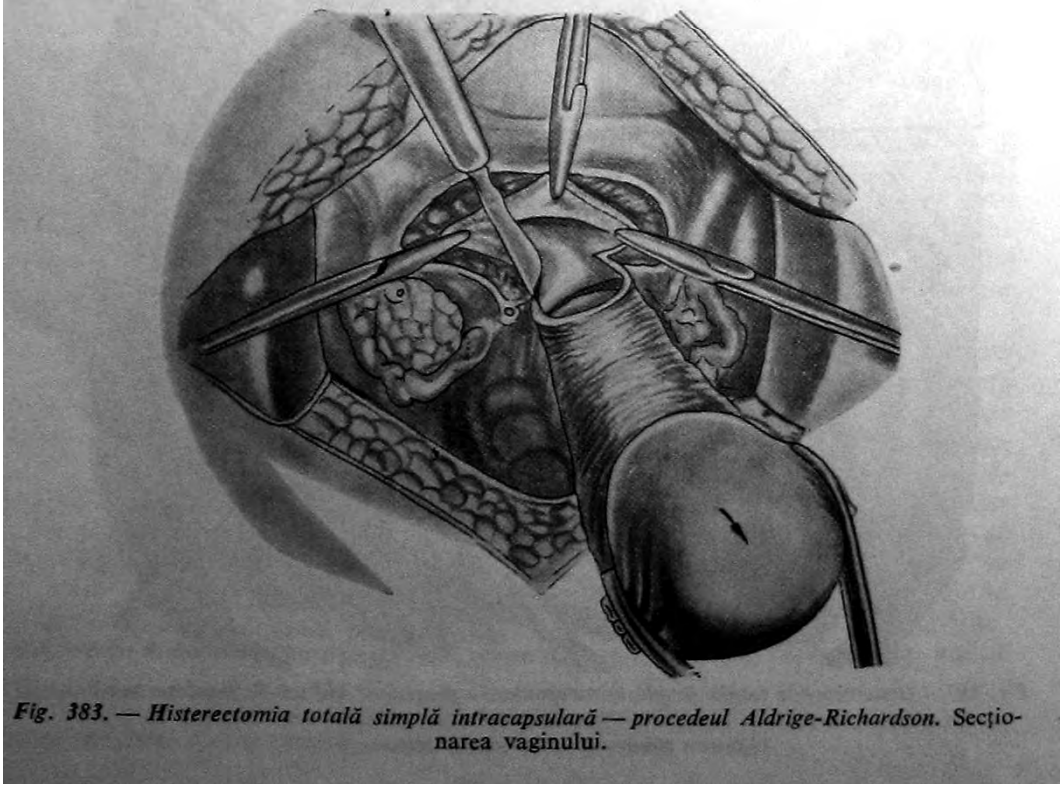


Fig. 383. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Secționarea vaginului.

Acest procedeu are multiple avantaje: reduce timpul septic, scurtează durata operaţiei, realizează o cicatrice suplă şi punctiformă a domului vaginal.

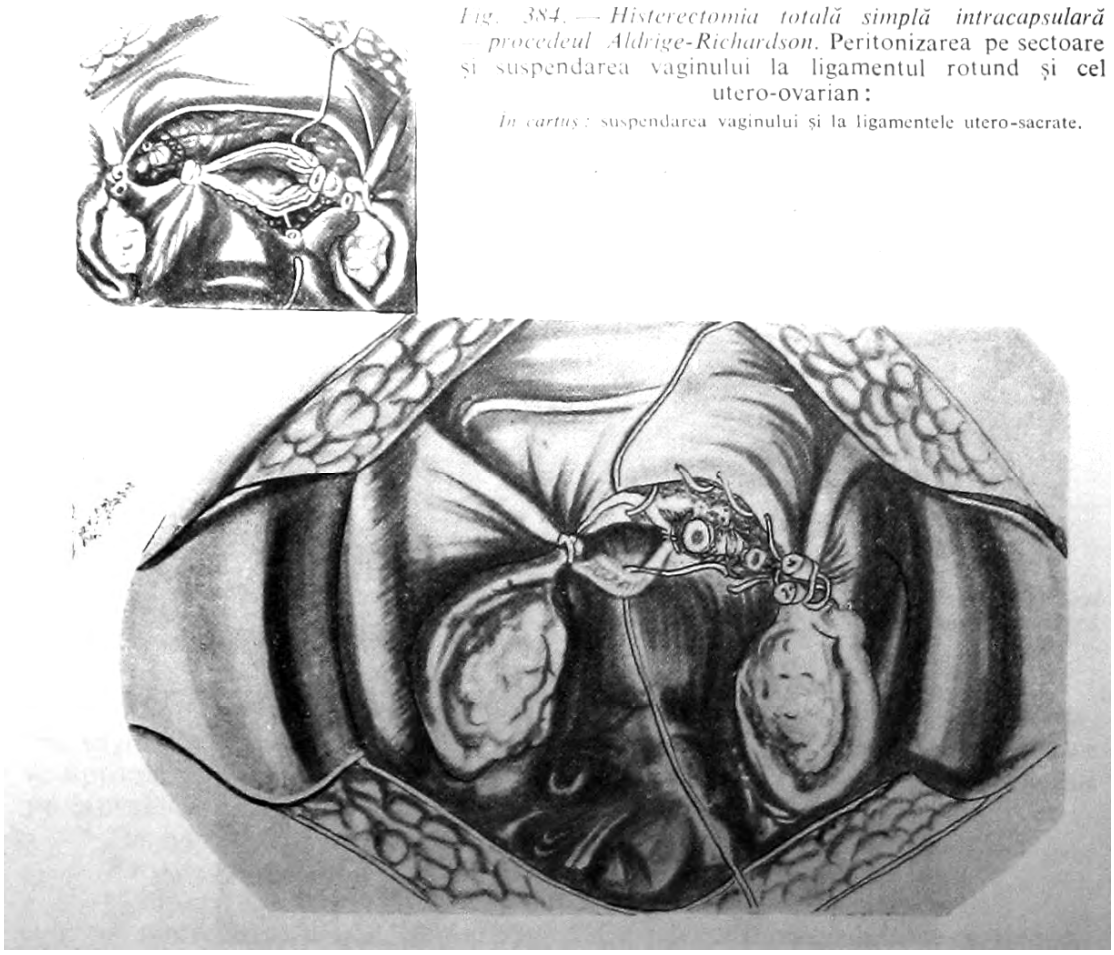


Fig. 384. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Peritonizarea pe sectoare şi suspendarea vaginului la ligamentul rotund şi cel utero-ovarian:

In cartuş: suspendarea vaginului şi la ligamentele utero-sacrate.

Timpul VII. Suspendarea vaginului şi peritonizare. Se poate face în mai multe feluri:

— Sutura capsulei. Aceasta se face în sens transversal, de la dreapta la stîngă, cu fire separate sau cu surjet de catgut. Acul trece dindărăt înainte, prin peritoneul posterior, prin capătul suturat al vaginului şi prin partea anterioară a capsulei. Astfel se realizează al doilea plan de sutură care acoperă vaginul şi solidarizează bolta acestuia.

— Sutura capsulei împreună cu ţesutul parametral. Sutura începe cu partea dreaptă. Acul trece prin locul de inserţie al ligamentului uterosacrat drept, bontul arterei uterine drepte şi partea corespunzătoare a capsulei anterioare (fig. 384 — cartuş). Cînd se strînge firul bolta vaginului este suspendată la ligamentul cardinal şi uterosacrat. Capetele firului se păstrează pe pensă. Se procedează în acelaşi mod şi de partea stîngă. Se completează sutura capsulei între cele două fire. Un alt avantaj al acestui procedeu este că realizează o a doua ligatură de siguranţă, pe capetele arterelor uterine.

— Sutura capsulei cu fixarea capetelor ligamentelor rotunde şi a anexelor Ia comisuri. Acul trece prin partea anterioară a capsulei, foiţa anterioară a liga mentului larg, ligamentul rotund, trompa, foiţa posterioară a ligamentului larg şi locul de inserţie al ligamentului uterosacrat, Ia început de partea dreaptă, apoi şi de partea stîngă (fig. 385 A). Cînd se strîng firele, capetele ligamentelor rotunde şi ale trompelor se-adună la comisuri, realizîndu-se prin acest artificiu de tehnică suspendarea bolţii vaginului şi peritonizarea porţiunilor laterale ale pelvisului (fig. 384). Cu |—| fire separate se completează sutura capsulei peste care se aduce peritoneul vezical (fig. 385 B).

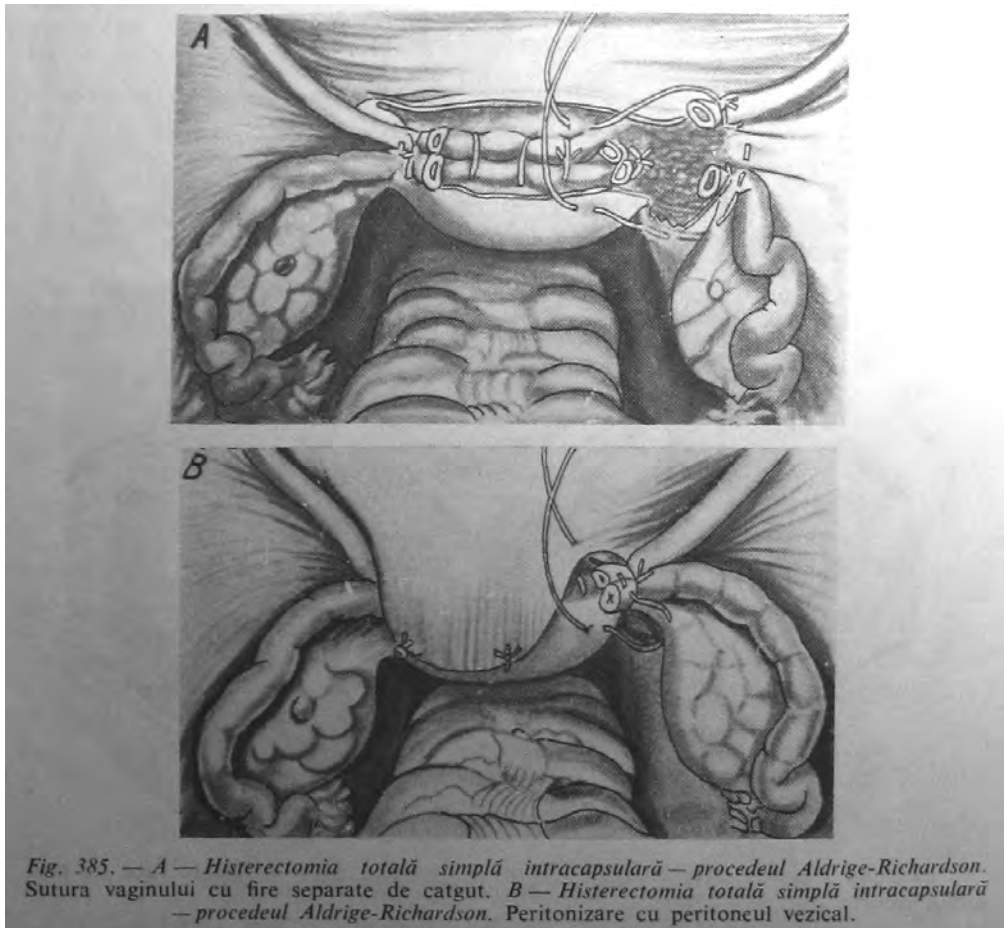


Fig. 385. — A — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Sutura vaginului cu fire separate de catgut. *B — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson.* Peritonizare cu peritoneul vezical.

Suspendarea vaginului cu ligamentele rotunde se poate face şi după ce s-a suturat mai întîi capsula. Deosebirea faţă de procedeul descris mai sus este că acul se trece prin grosimea pereţilor vaginului, ca în fig. 385 A.

Cu ambele modalităţi de suspendare a vaginului se realizează concomitent şi peritonizarea pelvisului. Acoperirea bontului vaginal cu peritoneul vezical se face cu puncte separate sau cu surjet după procedeul Lambcrt (fig. 386).

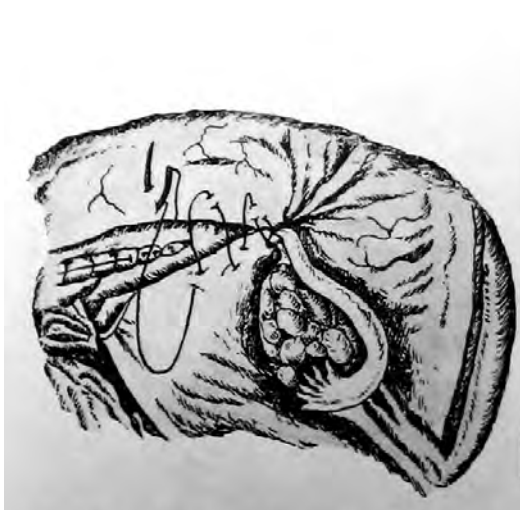


Fig. 386. — Histerectomia totală simplă intracapsulară. Modul cum se însăilează firul de sutură, la peritoneu după procedeul Lembert.

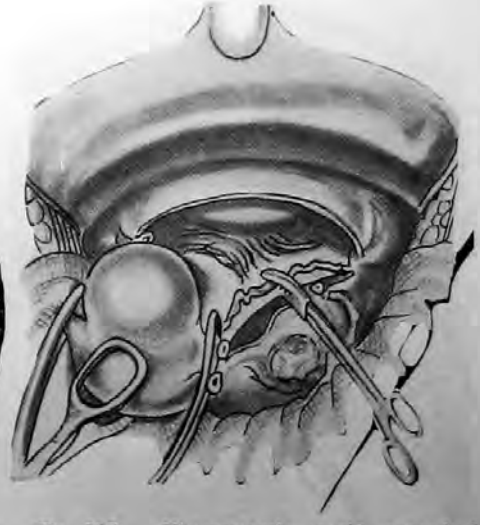


Fig. 387. — Histerectomia totală, procedeul Wiart. Pensarea arterelor uterine (după Mocquot).

— Sutura capsulei şi a vaginului în sens sagital. Aldrige propune închiderea vaginului în două straturi, fiecare în sens longitudinal, modalitate prin care se apropie mai bine pe linia mediană ligamentele cardinale, cu scopul prevenirii prolapsului.

Timpul VIII. Reconstituirea peretelui abdominal, anatomic.

Procedeul W i a r t. Caracteristicile acestui procedeu sînt:

- histerectomia se face prin decolare extracapsulară a colului; arterele uterine se secţionează şi se leagă separat de arterele cervico-vaginale.

Acest procedeu se mai numeşte şi histerectomie totală simplă extracapsulară.

Tehnica. *Timpul I.* Detaşarea anexelor. Secţionearea anexelor şi a ligamentelor rotunde se face ca în orice procedeu de histerectomie cu păstrarea anexelor.

Timpul II. Secţionarea arterelor uterine. Arterele uterine se prind perpendicular cu pensa J.L. Faure şi se secţionează la înălţimea istmului, ca în histerectomia subtotală (fig. 387), de care se deosebeşte prin faptul că pensa nu «muşcă» din marginea uterului.

Timpul III. Decolarea vezicii urinare. Se secţionează transversal peritoneul şi cu foarfecele curb, cu indexul sau cu un tampon « montat 1 se decolează vezica pînă la vagin. Decolarea vezicii se face în afara fasciei pericervicale şi depăşeşte cu 1 cm nivelul inferior al colului.

Timpul IV. Secţionarea ligamentelor uterosacrate. Se trage uterul spre simfiză şi se secţionează transversal peritoneul peretelui posterior al colului, deasupra ligamentelor sacrouterine (fig. 388); se aplică pense curbe pe aceste ligamente, în vecinătatea inserţiei lor pe uter şi se secţionează; se aplică ligaturi şi se îndepărtează pensele.

Fig. 388. — Histerectomia totală, procedeul Wiart. Pensarea arterelor cervico-vaginale (după Mocquot).

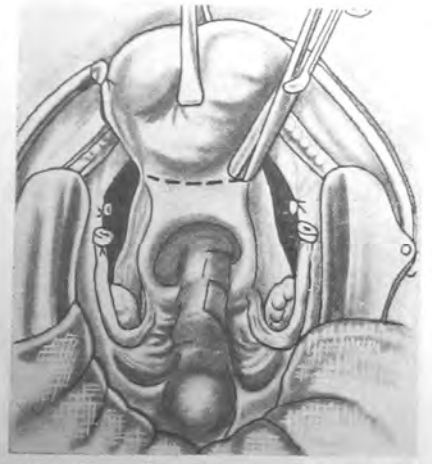


Fig. 389. — Histerectomia totală procedeul Wiart. Secţionarea peritoneului retrouterin.

Timpul V. Secţionarea ligamentelor cardinale şi a paracolposului. în timp ce operatorul trage puternic uterul spre stînga, ajutorul îndepărtează bontul arterei uterine de marginea uterului şi astfel, se deschide drum unei pense Kocher drepte şi lungi, care se aplică razant cu colul, pînă la domul vaginului. Această pensă prinde ramificaţiile cervico-vaginale ale arterei uterine, ligamentul cardinal şi paracolposul. Acest pedicul se secţionează cu foarfecele, înăuntrul pensei Kocher (fig. 389), lîngă peretele uterin.

Se procedează la fel şi de partea opusă.

Ureterele sînt îndepărtate din cîmpul operator prin tracţiunea puternică a uterului în sus în timpul aplicării penselor longitudinale, precum şi prin decolarea prealabilă a vezicii pînă la peretele vaginal.

Timpul VI. Secţionarea vaginului. După secţionarea paracolposului se prepară pereţii vaginului prin disecţie cu foarfecele, pînă sub nivelul colului | se scoate meşa din vagin, după care se secţionează vaginul şi se îndepărtează uterul, folo- sindu-se unul din procedeele descrise la tehnica Aldrige.

Timpul VII. închiderea vaginului şi peritonizarea pelvisului. Se folosesc aceleaşi procedee ca la histerectomia intracapsulară (vezi pag. 351), sau simplu, cu fire separate de catgut, ca în fig. 391 — cartuş, după ce în prealabil, se leagă pediculii vasculari cervico-vaginali; firul de ligatură se trece cu acul prin grosimea peretelui vaginal (fig. 390) şi pensa se deschide treptat, pe măsură ce se stiînge nodul (fig. 390—cartuş). Se peritonizează pelvisul ca în fig. 391, cu surjet, sau pe sectoare ca în fig. 392.

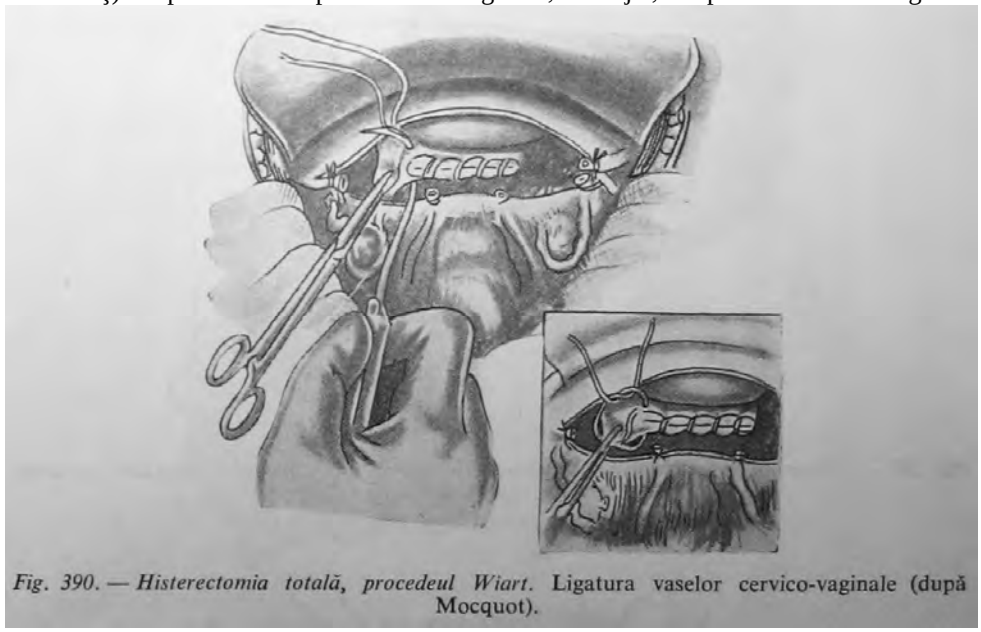


Fig. 390. — Histerectomia totală, procedeul Wiart. Ligatura vaselor cervico-vaginale (după Mocquot).

Timpul VIII. Refacerea peretelui abdominal. Se controlează hemostaza, se scot cîmpurile abdominale de izolare după care se reconstituie peretele abdomenului în straturi anatomice.

Acest tip de histerectomie, cu execuţie tehnică rapidă şi cu sîngerare minimă, se foloseşte şi în cancerul de endometru.

Cînd se face cu această indicaţie, operaţia începe cu extirparea ambelor anexe (anexectomie bilaterală). Pentru aceasta se aplică, de la început, două pense Kocher pe coarnele uterului, pentru a bloca trecerea conţinutului uterin prin trompe în peritoneu, după care se secţionează între pense ligamentele lombo- ovariene şi se extirpă trompele şi ovarele. Se aplică ligaturi duble pe capetele ligamentelor lombo-ovariene, îndepărtîndu-se pensele de hemostază. Pensele de pe coarnele uterului se păstrează pînă la sfîrşitul histerectomiei, ele servind pentru tracţiune.

HISTERECTOMIA TOTALĂ SIMPLĂ CU DRENAJ VAGINAL

în cazuri rare, cu hemostază insuficientă sau colecţii purulente, se Iasă un tub de dren în vagin (fig. 393).

Se execută în două feluri:

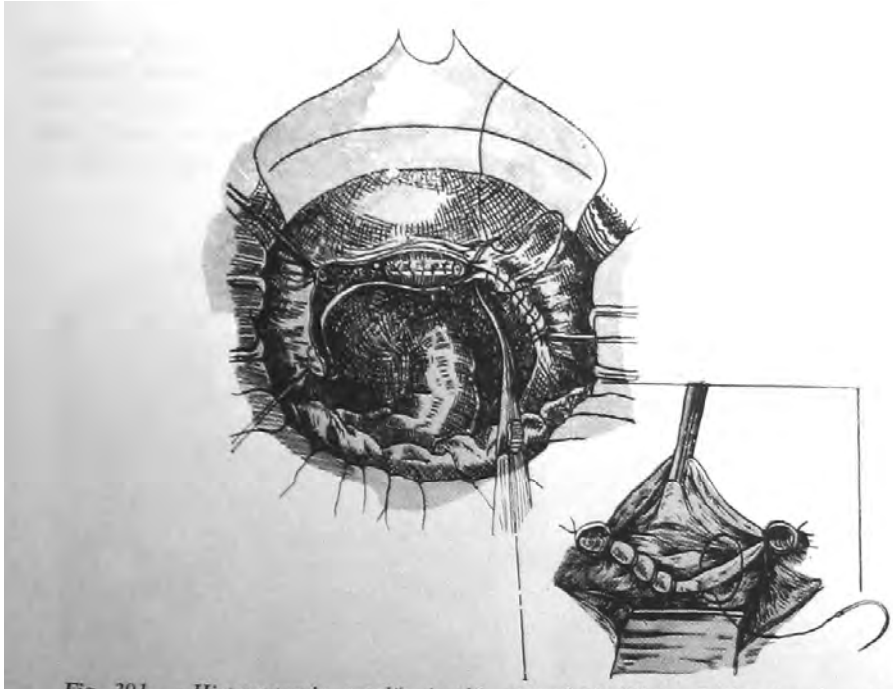


Fig. 391. — Histerectomia totală simplă, procedeul Wiart. Peritonizarea pelvisului cu surjet de la dreapta la stînga:

În cartuş: închiderea vaginului cu fire separate de catgut.

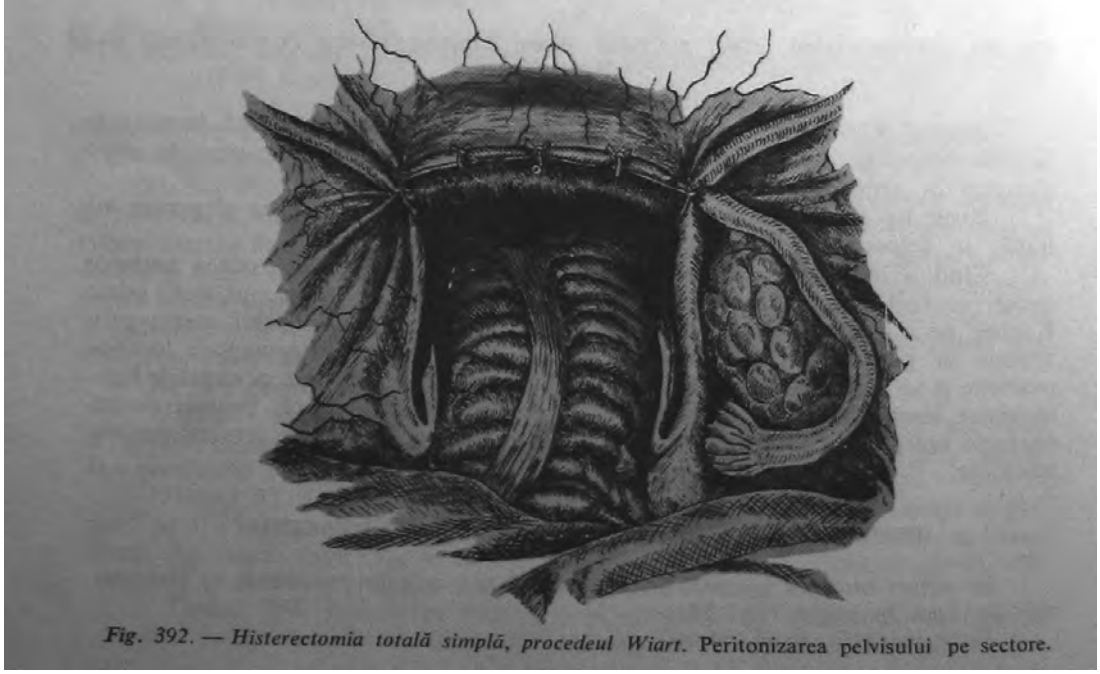


Fig. 392. — Histerectomia totală simplă, procedeul Wiart. Peritonizarea pelvisului pe sectore.

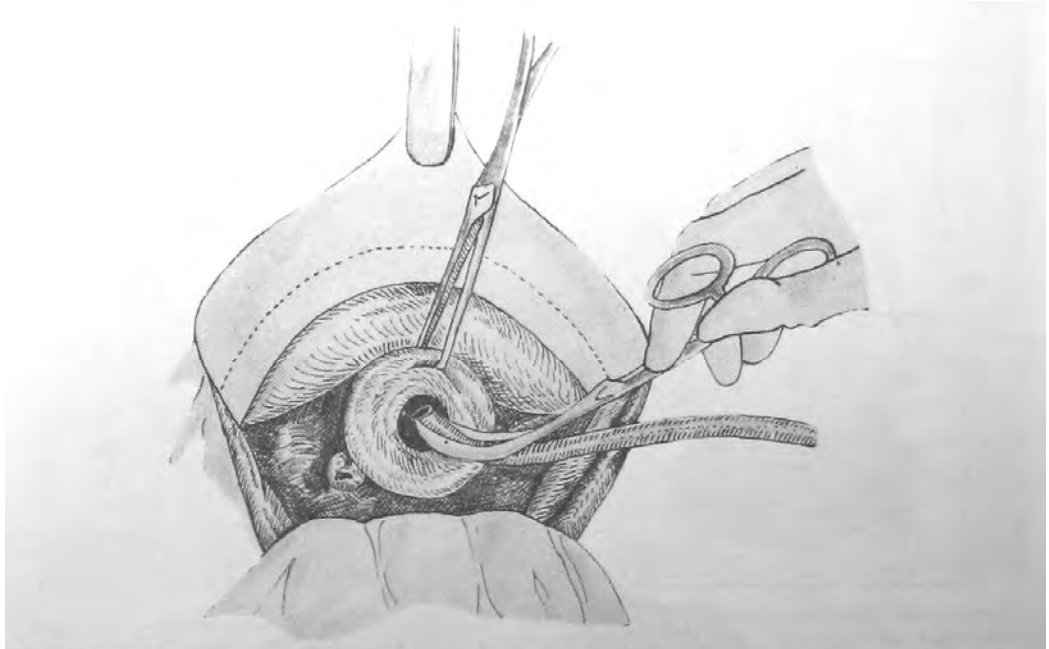


Fig. 393. — Histerectomia totală simplă cu drenaj vaginal. Modul cum se introduce tubul pentru drenaj.

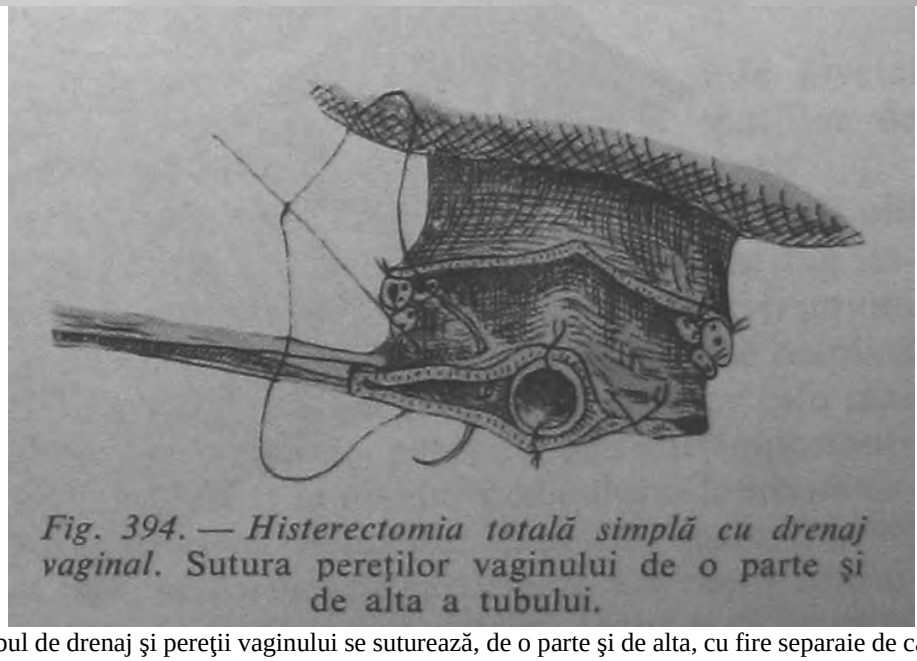


Fig. 394. — Histerectomia totală simplă cu drenaj vaginal. Sutura pereților vaginului de o parte și de alta a tubului.

- Se introduce tubul de drenaj şi pereţii vaginului se suturează, de o parte şi de alta, cu fire separaie de catgut ca în fig. 394. Capătul tubului depăşeşte linia de sutură cu cîţiva milimetri. La comisurile vaginului se aplică fire în 8 ca în fig. 394 pentru siguranţa hemostazei.

- Se aplică fire în 8 la ambele comisuri (fig. 395 a) şi marginile vaginului se suturează cu surjet de catgut, ca în fig. 395 - cartuş, după care se introduce în deschiderea vaginului tubul de drenaj.

Se peritonizează pelvisul complet pe deasupra capătului tubului de dren (drenaj subperitoneal) (fig. 395 b).

Peretele abdominal se închide fără drenaj.

Procedeul Elba z-C a r r o n.

Indicaţii: boli benigne ale uterului, asociate cu displazii, distrofii sau infecţii persistente ale colului.

Tehnică:

■ se secţionează anexele şi ligamentele rotunde I

-— se decolează vezica şi se secţionează posterior peritoneul, deasupra ligamentelor uterosacrate;

— se prind arterele uterine şi cervico-vaginale cu pensa J. L. Faure, care se aplică în jos şi înăuntru, ceva mai jos de istm, muşcînd puţin din musculatura colului. Se aplică pense Kocher spre uter, pentru a se împiedica sîngerarea venoasâ, după care se secţionează pediculul vascular, razant cu colul;

— se trage puternic uterul spre ombilic şi cu foarfecele se pătrunde în planul de clivaj dintre fibrele longitudinale şi cele circulare ale istmului (fig. 396), decor- ticîndu-se astfel colul pînă apare planul submucos al vaginului, de culoare albicioasă ;

— se dezinseră vaginul de pe col, cu bisturiul sau cu foarfecele curb (fig.

397). După efectuarea hemostazei, se închide vaginul în două straturi, cu puncte separate de catgut (fig. 397 - cartuş). Incidente şi accidente

Intraoperator ii. Acestea sînt de două categorii: hemoragii şi leziuni ale organelor vecine.

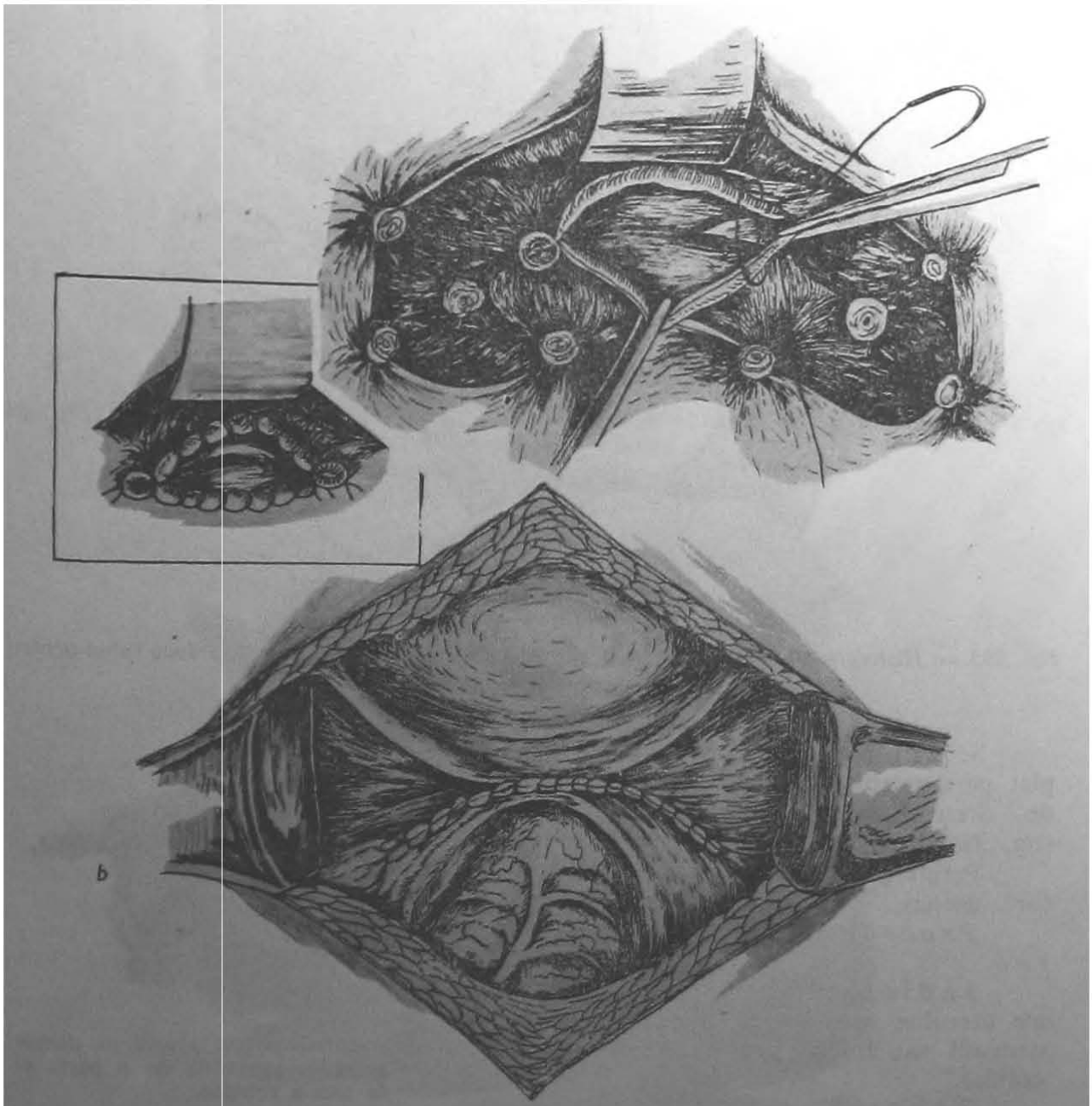


Fig. 395. — Histerectomia totală simplă cu drenaj vaginal. Peritonizarea pelvisului pe deasupra tubului de drenaj:
la cartuş: sutura marginilor vaginului cu surjet. Vaginul rămîne deschis pentru drenaj. La comisuri: fire în 8.

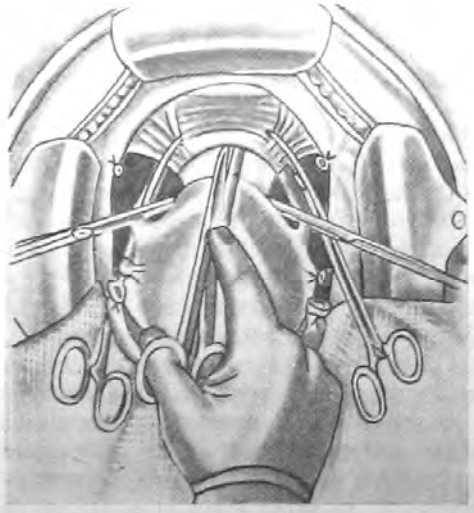


Fig. 396. — Histerectomia totală intraistmică (procedeul Carron). Cu foarfecele curb se pătrunde între fibrele musculare longitudinale şi cele circulare ale istmului.

Fig. 397. — Histerectomia totală intraistmică (procedeul Carron). Dezinserarea vaginului de pe col:

Cartuş stînga: închiderea vaginului; *Cartuş dreapta:* al doilea strat de sutură.

a) *Hemoragiile.* Acestea se pot ivi prin defecte de hemostază la nivelul pediculilor vasculari, sau prin hemoragie în suprafaţă la nivelul spaţiilor de decolare.

Prin defecte tehnice de hemostază se înţelege felul cum se izolează pediculii vasculari, modul cum se aplică pensele de hemostază, cum se fac şi se strîng nodurile şi materialul folosit pentru ligaturi. Aşa de exemplu: nu se fac tracţiuni pe pensele de hemostază; se slăbeşte pensa cînd se strînge primul nod şi se reaplică pe bontul vascular pînă se fac celelalte noduri; cu cît pediculul vascular este mai gros, cu atît se strînge mai puternic primul nod; pentru pediculii importanţi (lombo-ovarieni şi uterini) firul se trece cu acul; la nivelul pediculului lombo-ovarian se aplică ligaturi duble; după efectuarea nodurilor capetele firului nu se păstrează pe pense; orice hematom care se formează ca urmare a trecerii firului de ligatură cu acul, se deschide imediat şi se face hemostaza înainte ca acesta să se întindă; plnă la sfîrşitul operaţiei se controlează şi se recontroiează hemostaza la nivelul pediculilor vasculari; vasele mici se pensează Ia vedere şi se leagă direct, pe pense; firul de aţă este cel mai bun pentru ligaturile vasculare, fiindcă strînge bine şi sigur; în hematoamele din profunzime nu se pun pense de hemostază pînă nu se reperează cu grijă ureterul.

în hemoragiile în suprafaţă la nivelul spaţiilor de decolare, se recurge la: se tamponează strîns şi se aşteaptă cîteva minute; se lasă bureţi hemostatici (Ge- laspon) sau pelicule de fibrină; în hemoragiile mici se lasă un tub de dren, numit «< de siguranţă» (evită formarea hematoamelor şi controlează hemostaza); în hemoragiile mai importante se tamponează loja cu meşă plisată strîns, în acordeon.

în hemoragiile din timpul operaţiei cezariene se recurge la ligatura cu catgut uni- sau bilaterală, a arterelor uterine, la ligatura arterelor hipogastrice sau la histerectomie de hemostază.

b) *Leziuni ale organelor vecine*: vezică, ureter, intestin.

Deschiderea accidentală a vezicii se face fie la deschiderea abdomenului {în laparotomiile iterative), fie la decolarea ei de pe uter (în procesele tumorale ale uterului, în cezarienele iterative). Accidentul este banal, cu condiţia să fie recunoscut imediat. Sutura plăgii vezicale se face în dublu strat, cu fire de catgut 0 sau 1, trecute extramucos, în bursă sau în puncte separate. Se lasă sondă vezicală timp de 7—10 zile şi se administrează antibiotice. Pentru a se evita aceste accidente se decolează vezica numai prin disecţie cu foarfecele curb şi se completează cu indexul, niciodată cu «tampon» sau cu valva Pollosson.

Ureterul poate fi secţionat fie în partea de sus, cînd se leagă ligamentul lombo-ovarian, fie în partea de jos, cînd, în caz de hemoragie în profunzime, se aplică pense de hemostază «în masă». Accidentul este rar şi evitabil prin măsurile tehnice care se aplică în cele trei momente ale operaţiei cînd ureterul devine vulnerabil; legarea ligamentului lombo-ovarian, prepararea ureterului şi descrucişarea lui de artera uterină, peritonizarea pelvisului. în accidentele porţiunii inferioare se procedează la reimplantarea ureterului în vezică (uretero- cisto-neostomie directă); în porţiunea superioară, se procedează la anastomoză termino-terminală pe sondă ureterală (vezi pag. 843).

Leziunile intestinale. Pe suprafeţele deperitonizate se aplică puncte separate de catgut subţire. Deschiderea completă a peretelui intestinal se repară imediat prin enterorafie simplă, cu fire de nylon subţire, trecute extra-mucos, sau prin rezecţie urmată de anastomoză.

Complicaţii postoperatorii: uşoare sau obişnuite, care ţin de indicaţia operaţiei, de teren şi de anestezie, şi grave, care ţin de actul chirurgical şi de natura operaţiei.

— Complicaţii uşoare: starea febrilă, pareza intestinală, retenţia de urină, infecţia urinară şi infecţia la nivelul suturilor parietale (hematom supurat).

— Complicaţii grave: hemoragia, evisceraţia, peritonită, ocluzia intestinală şi trombo-embolia.

Complicaţiile uşoare, cu excepţia hematoamelor supurate, sînt obişnuite în evoluţia bolnavelor operate şi fac parte din regulile cunoscute în urmărirea acestora, pînă la suprimarea firelor de sutură (7—10 zile). Parametrii medicali care se urmăresc zilnic sînt: febra, pulsul, tensiunea arterială, diureza şi reluarea tranzitului intestinal.

Există astăzi obiceiul ca bolnavele operate să rămînă în primele 3 zile în secţiile de reanimare sub îngrijirea directă a anestezistului-reanimator. Organizatoric, acest sistem este foarte bun, fiindcă în aceste condiţii speciale se poate realiza o supraveghere continuă. Cu toate acestea, operatorul nu este absolvit de răspunderea pe care o are, morală în primul rînd, a urmări personal evoluţia bolnavelor şi a decide asupra aplicării conduitelor necesare, în deplină cunoaştere a boalei postoperatorii şi a regulilor de reanimare. în baza acestui principiu operatorul îşi vede bolnava zilnic, dimineaţa şi la contravizită.

Cîteva reguli generale în urmărirea bolnavelor operate, în special a celor laparotomizate:

în prima zi: se urmăreşte respiraţia, pulsul, tensiunea arterială, debitul tuburilor de dren, torşonul vulvar (la cezariene) şi la contravizită, aspectul pansamentului, febra şi diureza, halena respiratorie şi limba.

Orice pierdere de sînge peste 500 ml se «compensează» şi tendinţa la colaps vascular se evită cu perfuzie hidratantă şi reechilibrantă (ser glucozat 5%, ser fiziologic, vitamine B şi C). Sacul cu nisip este util pentru primele 4—6 ore, sau punga cu gheaţă (la cezariene). Calmarea durerii se face cu algocalmin (hipnoticele, neurolepticele şi opiaceele diminuă ventilaţia pulmonară şi agravează atonia intestinală). Prezenţa continuă şi încurajatoare a sorei, vizita şi contravizita medicului anestezist şi a operatorului, sînt cele mai bune «tranchilizante». Solicitudinea arătată angajează cooperarea bolnavei, fapt foarte important pe plan psihologic, în evoluţia complicatului proces fiziopatologic al vindecării.

Cîteva exerciţii de respiraţie sînt utile în seara primei zile a operaţiei. Vezica se sondează în absenţa micţiunii spontane.

Orice medicament necesar se administrează numai pe cale parenterală.

Antibioterapia «de principiu» nu este recomandabilă. Ea este indicată în operaţiile radicale, în operaţiile plastice şi reparatoare (sterilitate, malformaţii, miomectomie, fistule), ca şi la femeile cu mare risc operator (diabetice, obeze, bătrîne).

A doua zi: se suprimă pansamentul la operatele nedrenate: hidratare per os (lichide foarte puţin îndulcite, supe sărate); masaje la membrele inferioare, exerciţii de respiraţie şi «bicicletă în pat». Bolnavele varicoase, obeze, bătrîne, sînt coborîte din pat (este cea mai bună profilaxie a maladiei trombo-embolice). în situaţia unui meteorism abdominal mai accentuat se pune un tub de gaze şi se administrează cărbune per os. Dacă apar vărsături se montează aspiraţie gastrică şi reechilibrarea hidroelectrolitică se face pe datele ionogramei serice şi urinare.

A treia zi: se coboară din pat, de 2—3 ori pe zi; alimentaţie cu supe sărate concentrate, piureuri, brînză de vaci, iaurt; se scurtează sau se suprimă tuburile de dren (cînd acestea au fost aplicate „de siguranţă").

A patra zi: dacă tranzitul nu se reia spontan, se administrează 1 fiolă de prostigmin, urmată la 1/2 oră de clismă evacuatoare. Cu reluarea tranzitului intestinal scade, de obicei, şi febra. Alimentaţia se completează cu carne fiartă sau friptă şi cu paste făinoase. Se scot firele perineale. Dacă persistă retenţia de urină sau reziduu vezical, se drenează permanent vezica, cu sonda Folley pentru cîteva zile.

A cincea zi: se suprimă antibioterapia de protecţie. în eventualitatea unei candidoze bucale sau vaginale (iatrogenă) se administrează antimicozice. Se răresc agrafele.

A şasea zi: alimentaţie aproape completă.

A şaptea zi: se scot firele, la piele (în laparotomiile iterative, între 8—10 zile). Se schimbă sonda vezicală «ă demeure» cînd drenajul vezicii mai este necesar.

Externarea bolnavelor se face în general în a 10-a zi de la operaţie, cu următoarele recomandări: repaus, exerciţii fizice moderate, alimentaţie substanţială (timp de 3 săptămîni); control după o lună de la operaţie după care integrarea socială şi familiară este completă. Următoarele controale ginecologice: după 3 luni şi 1 an de la operaţie. Cu acest sistem operatorul îşi poate analiza rezultatele şi verifica justeţea indicaţiilor şi valoarea tehnicilor operatorii folosite.

în hematomul nesupurat se desfac suturile la piele, se curăţă cheagurile, se completează hemostaza şi se resuturează planul cutanat, pe tub de dren la unul din unghiurile suturii.

în hematomul supurat se desface complet sutura pielii şi se pansează zilnic pînă la eliminarea sfacelelor. Urmează cicatrizare per secundam sau sutura secundară a plăgii.

Complicaţii grave. Hemoragia imediată prin lărgirea ligaturilor, sau hemostază incompletă, are un singur tratament — reintervenţia sub reanimare intensă (transfuzie cu sînge). Se procedează la hemostază şi abdomenul se închide lăsînd un dren de siguranţă. în hemoragiile intense semnele de valoare sînt: paloarea, hipotensiunea (mai ales hipotensiunea care reapare după transfuzia cu sînge), pansamentul abdominal îmbibat cu sînge, starea de agitaţie a bolnavei şi scăderea hematocritului.

în hematoamele profunde singura soluţie pentru a împiedica difuzarea şi infecţia este evacuarea lor şi drenarea lojei.

în hemoragiile tardive (după a 10-a a 12-a zi) explicate de escare şi infecţie se recomandă tratament cu doze mari de antibiotice.

în peritonită ca şi în ocluzia intestinală intervenţia chirurgicală este obligatorie. Diagnosticul acestor complicaţii este greu, simptomatologia clasică fiind camuflată de antibioterapie şi de reanimarea intensivă.

Evisceraţia. Această complicaţie apare în primele zile după operaţie, în urma eforturilor de tuse ale bolnavei şi a unei defecţiuni tehnice (modalitate de sutură şi tipul materialului folosit) la închiderea peretelui abdominal. Reintervenţia este obligatorie. Se reconstituie peretele abdomenului, de obicei într-un singur plan, cu drenaj de siguranţă.

Complicaţiile tro mb o—-embolice au devenit rare de cînd mobilizarea precoce a devenit o regulă în îngrijirea postoperatorie. Tratamentul cu heparină urmat de trombostop sub controlul timpului de protrombină este eficace.

Complicaţiile tardive — durerile pelviene, prolapsul şi eventra- ţia — sînt rare. Incidenţa lor este egală între histerectomia subtotală şi cea totală. Unele hemoragii vaginale sau leucorei persistente după histerectomia totală sînt produse de existenţa unui granulom la nivelul tranşei vaginale, întreţinut de prezenţa unui fir neresorbabil. Extirparea firului (sau firelor) şi chiuretarea mugurilor duce la dispariţia acestor simptome. Colpita atrofică şi tulburările neurovegetative de carenţă hormonală, la femeile la care s-au extirpat ovarele sub vîrsta de 50 ani, se tratează cu estrogeni administraţi parenteral (Estrolent 1 fiolă, la fiecare 5 săptămîni).

4. OPERAŢII CARE SUPRIMĂ ŞI FUNCŢIA HORMONALĂ ŞI CEA MENSTRUALĂ

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ CU ANEXECTOMIE BILATERALĂ

Este vorba de extirparea ambelor anexe cu ocazia histerectomiei subtotale. Principii şi eficienţă. Din punct de vedere funcţional, operaţia este radicală, fiindcă scoate din constelaţia hormonală a femeii participarea ovarelor şi suprimă menstruaţia prin ablaţia corpului uterin.

Această tehnică este totuşi mai puţin mutilantă decît histerectomia totală cu anexectomie, fiindcă păstrează colul, cu rol în statica organelor pelvisului, în morfologia vaginului şi în viaţa sexuală.

Indicaţii. Histerectomia subtotală cu ablaţia anexelor are indicaţii foarte restrînse şi tinde să dispară din practica chirurgiei ginecologice. Succesele obţinute de tratamentele medicale în infecţiile genitale — chiar şi în cele tuberculoase — dezvoltarea tehnicilor chirurgicale conservatoare, dovezile endocrinologice care arată că ovarele continuă să funcţioneze chiar şi după menopauză, limitează indicaţiile acestei operaţii.

Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală se plasează între imposibilitatea tehnică de a se realiza o chirurgie conservatoare şi necesitatea de a nu se crea prin histerectomie totală, o infirmitate în plus: scurtarea vaginului.

Cancerizarea ulterioară a colului se întîlneşte într-o proporţie relativ mică (1—2%), care poate fi şi mai mult micşorată prin posibilităţile complexe de a diagnostica leziunile precanceroase şi cancerele preclinice (in situ), înainte de operaţie. Un mare număr dintre cancerele colului restant sînt ori preexistente operaţiei (cancer restant pe col), ori sînt însămînţări intraoperatorii la nivelul „bontului", a unui cancer de endometru nediagnosticat.

Histerectomia subtotală cu ablaţia anexelor are două indicaţii: .-^tumorile benigne ale uterului asociate cu leziuni inflamatorii importante ale anexelor, făcînd imposibilă păstrarea acestora;

supuraţiile tubo-ovariene care nu pot fi extirpate decît în bloc (tuberculoza genitală), sau cînd tumorile anexiale foarte aderente la pereţii pelvisului nu pot fi decolate decît printr-un procedeu de histerectomie istmică.

Contraindicaţii. în leziunile precanceroase ale colului, în cancerul de endometru, de trompă şi de ovar. De asemenea este contraindicată în supuraţiile anexiale a căror extirpare chirurgicală necesită lăsarea unui drenaj. în aceste situaţii se dă preferinţă histerectomiei totale, care permite drenajul pe cale vaginală, mult superior drenajului abdominal, atît pentru securitatea bolnavei, cît şi pentru evoluţia postoperatorie.

Condiţii de efectuare. Colul uterin să fie complet investigat înainte de operaţie. La femeile tinere, la care operaţia abdominală se impune, cervicitele banale, verificate colposcopic şi citologic, pot fi vindecate ulterior prin diatermocoagulare.

Indicaţiile histerectomiei subtotale, fiind în raport cu natura şi întinderea leziunilor utero-anexiale (în primul rînd ale celor anexiale) sînt mai puţin legate de vîrsta bolnavei.

în fine, după cum am văzut, necesitatea chirurgicală de a drena larg pelvisul — cum se întîmplă în piosalpingitele bilaterale foarte aderente — schimba

complet tactica operatorie, în favoarea histerectomiei totale, care permite drenajul pe cale vaginală.

Pregătirea preoperatorie. Fiind vorba de operaţii cu perspective de a fi laborioase, pregătirea preoperatorie se face cu multă grijă, — pe baza constantelor biologice existente.

Anestezia: generală prin intubaţie oro-traheală, operaţiile de acest gen fiind lungi.

Tehnici operatorii. *Calea de acces.* Ca pentru toate operaţiile ginecologice la care nu putem şti dinainte natura şi întinderea procesului patologic, şi la care tactica şi tehnica chirurgicală se decid în timpul intervenţiei, calea abdominală este de preferat.

Incizia peretelui abdominal. Fiind vorba de tumori voluminoase ale uterului şi de procese inflamatorii anexiale foarte aderente, deschiderea peretelui abdominal se face prin incizie mediană fiindcă oferă acces larg asupra pelvisului şi fiindcă poate fi prelungită paraombilical, la nevoie.

Explorarea pelvisului şi a organelor genitale interne — după desfacerea aderenţelor epiplooice şi intestinale — este un timp important al operaţiei, care hotărăşte asupra tacticii şi tehnicii de urmat.

Reguli de respectat: poziţia bolnavei în Trendelenburg; izolarea anselor intestinale cu cîmpuri moi, umede, introduse median şi pe flancurile abdomenului; depărtătoare largi şi neincomodante la perete; valvă suprapubiană; se încearcă ori de cîte ori se pretează tehnica clasică, descrisă şi ilustrată la pag. 303 cu respectarea riguroasă a principiilor acesteia: hemostaza prin pensarea şi lezarea pediculilor vasculari, evitarea ligaturilor «în masă», izolarea şi scurtarea timpului septic, peritonizare îngrijită.

în cazurile atipice se ţine seama de două principii: operaţia începe cu partea unde leziunile sînt mai puţin extinse şi desfacerea tumorilor inflamatorii anexiale foarte aderente se face de la partea «cunoscută» la partea «necunoscută ».[15]

Procedeul obişnuit: Secţionarea ligamentului infundibulo-pelvian se face întotdeauna la vedere pentru a nu leza ureterul, care la acest nivel se găseşte în vecinătatea pediculului vascular, sub foiţa internă a peritoneului. Punerea în evidenţă a ligamentului lomboovarian se face trăgînd anexa cu o pensă « în inimă» aplicată pe trompă sau pe ovar. Secţionarea pediculului se face cu foarfecele, ori între două pense Kocher, ori între o ligatură pusă în afară şi o pensă aplicată spre ovar. Firul pentru ligatură (aţă sau catgut) poate fi trecut cu acul curb (Cooper, Deschamps, Reverdin, sau Hagedorn), sau disociind şi perforînd mezoul ligamentului cu o pensă curbă închisă (pensa introdusă se deschide în breşa creată, înlesnind aplicarea unei alte pense lingă ovar, apoi se închide pe firul de ligatură pe care-1 trece prin această gaură).

15 Tumor'le anexiale inflamatorii sînt de obicei mai aderente spre cavitatea abdominală şi mai puţin spre Douglas, de aceea în cazurile dificile, liberarea acestora se începe de jos în sus. In acest sens, ori se extirpează întîi uterul lăsîndu-se anexele la urmă, ori se secţionează istmul şi decolarea anexelor se face de ambele părţi, de la istm în sus, ori se recurge la procedeul prin « hemisecţie », decolarea anexelor făcîndu-se cu fiecare jumătate a uterului, tot de la col în sus.

Dacă secţionarea se face între două pense, firul se trece cu acul prin foiţele ligamentului pentru ca să nu derapeze, şi se leagă pe locul pensei superioare.

De regulă se aplică încă o ligatură simplă, de siguranţă, pe bontul secţionat. Se taie capetele firelor la 1 cm distanţă.

Secţionarea ligamentului rotund se face între două pense Kocher şi se leagă capătul distal.

Deschiderea ligamentului larg. Se secţionează cu foarfecele puntea peritoneală dintre trompă şi ligamentul rotund, pătrunzîndu-se între foiţele ligamentului larg. Cu foarfecele închis, cu un «tampon montat» sau cu două degete, se pătrunde spre baza ligamentului larg, desfăcîndu-se cele două foiţe în timp ce cu mîna stîngă se basculează uterul într-o parte; se secţionează foiţa anterioară, de la ligamentul rotund spre fundul de sac vezico-uterin şi foiţa posterioară pînă în apropierea ligamentelor uterosacrate. Astfel anexa este complet detaşată de pereţii pelvisului şi marginea uterului este liberată pînă la istm. îndepărtarea anexei se face între două pense Kocher aplicate la nivelul cornului uterin.

Se procedează în acelaşi mod cu extirparea anexei opuse.

în continuare timpii operatori se succed în aceeaşi ordine ca la tehnica descrisă la pag. 303, respectiv: se incizează peritoneul vezico-uterin; se aplică pense şi se secţionează arterele uterine; se extirpă uterul prin incizie circulară cu bisturiul la nivelul istmului; se leagă arterele uterine; se închide bontul cervical cu fire de catgut; se peritonizează pelvisul pe sectoare sau cu surjet; se controlează hemostaza şi se reconstituie peretele abdominal.

Un amănunt la peritonizarea pelvisului: peritonizarea colo-vezicală, indicată în situaţia cînd nu există «stofă» suficientă. în această eventualitate se foloseşte colonul sigmoid, cu care se acoperă pelvisul şi se prinde la peritoneul vezical cu fire separate de catgut sau cu surjet ca în fig. 398. Greutatea acestei peritonizări constă la închiderea celor două firide care există pe laturile colonului, între acesta şi pereţii pelvisului. Surjet.ul se începe de partea dreaptă, mult mai sus de pediculul lombo-ovarian şi primul punct realizează o bursă care închide firida respectivă (fig. 398 - cartuş), după care se prinde colonul la foiţa anterioară a ligamentului larg şi la peritoneul vezical. în partea stîngă peritonizarea merge de asemenea pînă deasupra pediculului lombo-ovarian, pentru a închide şi firida colo-pelviană stîngă.

Tratament postoperator. îngrijirea postoperatorie este cea obişnuită oricărei celiotomii ginecologice, fără tratamente caracteristice.

Bolnavele coboară din pat după 48 de ore de la operaţie.

Evoluţie şi complicaţii. Tehnica operatorie fiind simplă şi rapidă, evoluţia postoperatorie este puţin zgomotoasă. Complicaţiile flebitice şi pulmonare sînt rare.

Rezultate. Morbiditatea postoperatorie este mică, cancerizarea colului se întîlneşte rar. Histerectomia subtotală, prin ea însăşi « nu pare să joace un rol în apariţia cancerului la nivelul colului restant». Cele mai frecvente cancere apărute la nivelul cervical sînt cancere, fie de col, fie de endometru, nediagnosticate în momentul operaţiei.

Rezultatele tardive sînt foarte bune în ceea ce priveşte statica organelor pelvisului şi morfofuncţia vaginului. Fixarea colului la ligamentele rotunde evită prolabarea secundară a acestuia. Păstrarea colului menţine lungimea vaginului. în comparaţie cu histerectomia totală, în urma căreia vaginul rămîne scurtat, vulva se atrofiază şi coitul poate deveni imposibil, după histerectomia subtotală vaginul rămîne nemodificat. Secreţia glandelor cervicale şi păstrarea fundurilor de sac asigură funcţia ulterioară a vaginului, permiţînd raporturi sexuale normale. Prin faptul că nu se secţionează ligamentele utero-sacrate, se evită vaginita atro- fică şi atrezia vulvară, consecutive lezării plexului hipogastric inferior. Rezultatele histerectomiei subtotale — pentru femeia operată — sînt superioare histerectomiei totale, prin aceea că respectă morfo-funcţia vaginului.

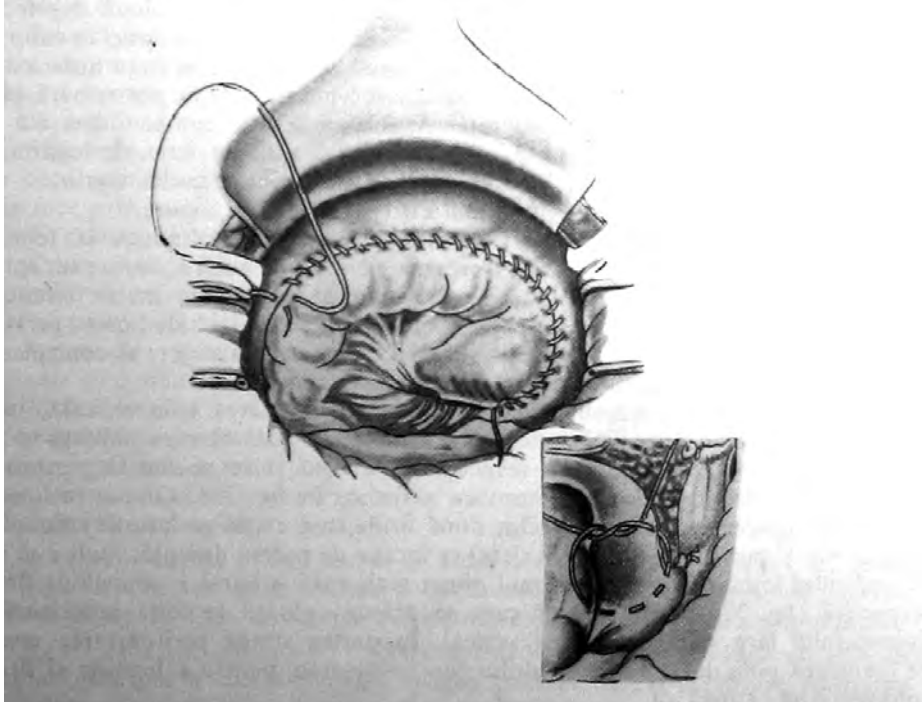


Fig. 398. — Histerectomie cu anexectomie bilaterală. Peritonizare colo-vezicală: *în cartuş:* trecerea primului fir cu care se închide firida parieto-colică.

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ CU ANEXECTOMIE BILATERALĂ PRIN SECŢIONARE TRANSVERSALĂ ÎNTR-UN SINGUR SENS

Procedeul H. A. Kelly. Această tehnică este cunoscută sub numele de | histerectomie subtotală de la dreapta la stîngă sau de la stîngă Ia dreapta » sau «histerectomie subtotală după procedeul american».

Principiul acestei tehnici constă din extirparea în bloc a uterului şi a anexelor printr-o incizie continuă în sens unic, fie de la dreapta la stîngă, fie de la stîngă la dreapta, începîndu-se totdeauna cu anexa cea mai puţin aderentă şi atacîndu-se uterul de sus în jos şi transversal, în prima parte a operaţiei, şi de jos în sus, în partea a doua a operaţiei, pentru anexa opusă.

Indicaţiile acestui procedeu sînt furnizate în special de tumorile inflamatorii anexiale, unilaterale, foarte aderente, care nu pot fi atacate decît de jos în sus.

Să presupunem că este vorba de un bloc inflamator tumora!, care interesează trompa şi ovarul din partea stîngă, foarte aderent la uter, la pereţii pelvisului

şi la sigmoid; de partea dreaptă procesul inflamator este mai puţin extins. Operaţia se începe cu anexa cea mai puţin aderentă, deci cu partea dreaptă, şi comportă cinci timpi principali, care se desfăşoară succesiv într-un singur sens, de la dreapta Ia stînga.

Timpul I: se desface anexa dreaptă din aderenţe, fie prin disecţie cu foarfecele, fie prin decolare cu mîna, şi se leagă, după secţionare, ligamentul lombo- ovarian respectiv (fig. 399); se secţionează şi se leagă ligamentul rotund, apoi se secţionează foiţele ligamentului larg, anterior şi posterior, pînă la marginile uterului; se secţionează peritoneul preuterin şi se decolează vezica.

Dacă anexa dreaptă este aderentă, desfacerea ei se poate face de jos în sus, perforînd cu indexul dindărăt înainte, ligamntul larg, în unghiul cuprins între uter şi pediculul tubo-ovarian. O singură pensă este suficientă pentru a apuca ligamentul lombo-ovarian, ligamentul rotund şi partea superioară a ligamentului larg, adunate pe indexul făcut ca un cîrlig. O singură tăietură cu foarfecele expune marginea uterului şi baza ligamentului larg. Această manevră a fost propusă de J. L. Faure.

Fig. 399. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală — procedeul Kelly. Pensarea arterei ovariene din dreapta.

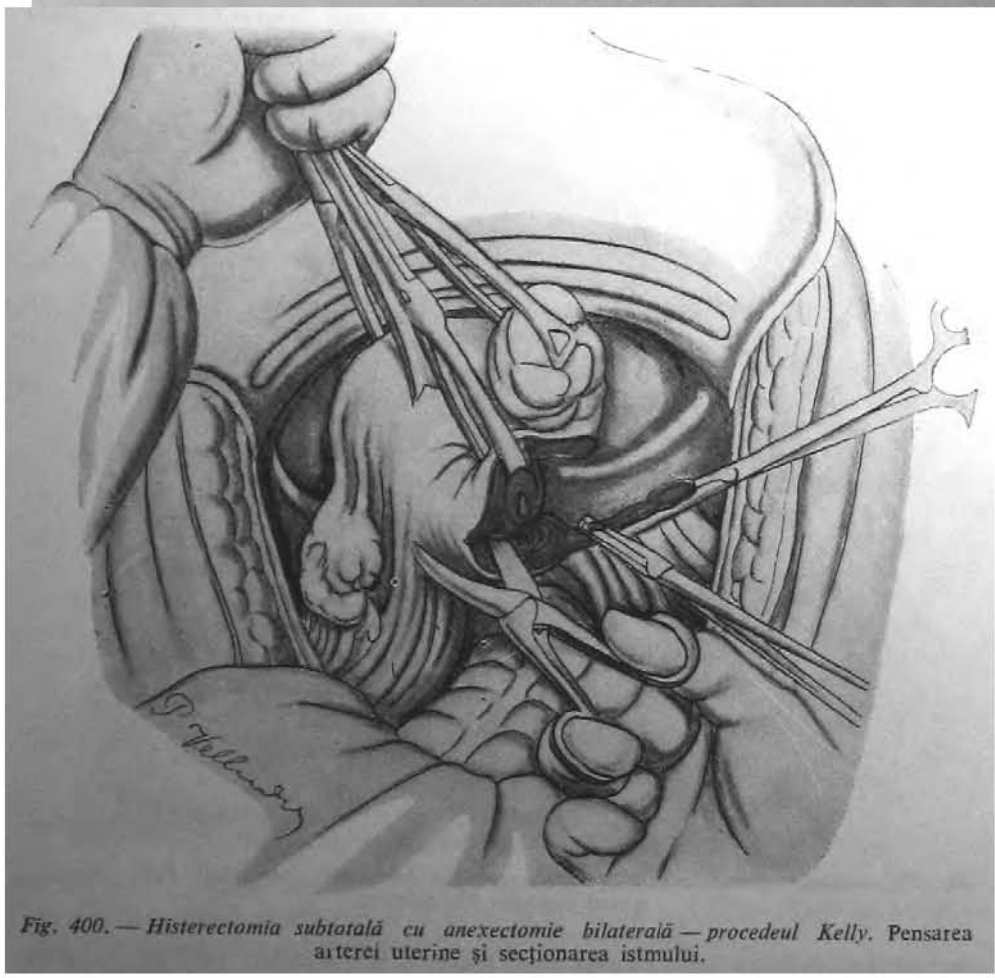


Fig. 400. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală — procedeul Kelly. Pensarea arterei uterine şi secţionarea istmului.

Timpul II: se aplică pensă de hemostază pe artera uterină de partea dreaptă; cu un tampon montat se desface ţesutul celular din baza ligamentului larg, pu- nîndu-se în evidenţă marginea dreaptă a uterului pînă la nivelul istmului, în timp ce se basculează puternic uterul spre stînga. Astfel se expune pediculul vascular, care se prinde cu pensa J. L. Faure şi se secţionează (fig. 400).

Timpul III; se secţionează uterul, cu foarfecele curb, la nivelul istmului, deasupra pensei aplicată pe artera uterină. Linia de secţiune este transversală, de la marginea dreaptă către cea stîngă a istmului. în tot acest timp se trage puternic de uter în sus şi spre stînga (fig. 400).

Timpul IV: se aplică pensă de hemostază pe artera uterină de partea stingă. Pentru expunerea arterei uterine stingi şi îndepărtarea ureterului respectiv, după secţionarea în întregime a istmului, se aplică o pensă Museux pe buza posterioară, cu ajutorul căreia se basculează uterul spre stingă (fig. 401). Astfel pediculul vascular apare in unghiul format de cele două suprafeţe de secţiune ale istmului şi poate fi pensat cu uşurinţă.

Timpul V; se decolează tumoarea anexială stîngă. Bascularea uterului spre stîngă expune baza ligamentului larg şi face posibilă atacarea tumorii de jos în sus, fie prin decolare cu degetele, fie prin disecţie cu foarfecele curb. După desfacerea tuturor aderentelor inferioare şi posterioare ale tumorii, se secţionează şi se leagă ligamentul rotund şi ligamentul infundibulo-pelvian, apucate într-o singură pensă (fig. 402).

în rest operaţia decurge ca în histerectomia subtotală obişnuită: suturarea colului, peritonizare etc.

Dacă tumoarea anexială inflamatorie este situată de partea dreaptă, intervenţia se începe cu anexa stîngă, operaţia comportînd aceiaşi timpi operatori, în sens invers, de la stînga la dreapta.

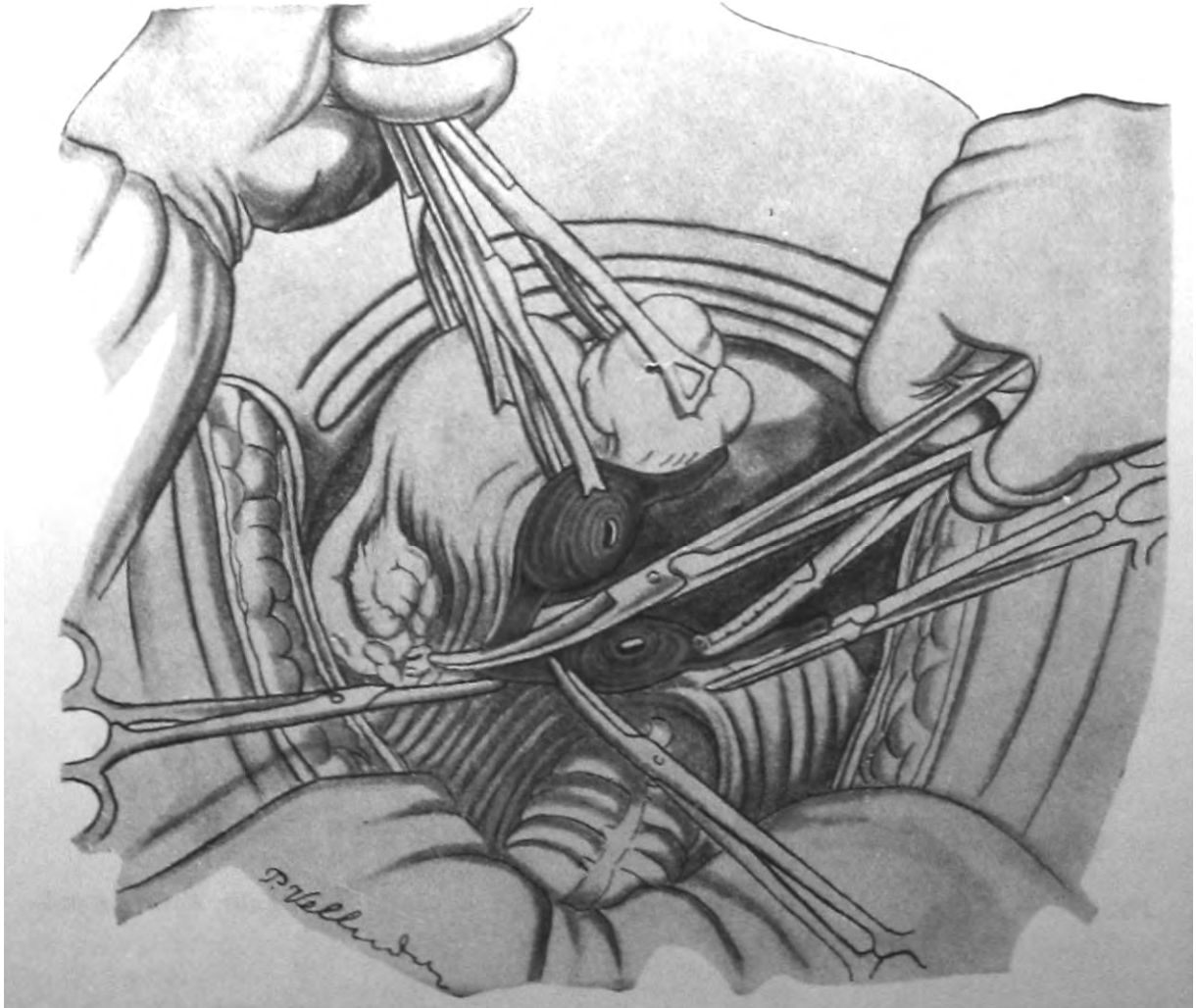


Fig. 401. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală — procedeul Kelly. Bascularea uterului cu pensa Museux, pensarea şi secţionarea arterei uterine din stînga.

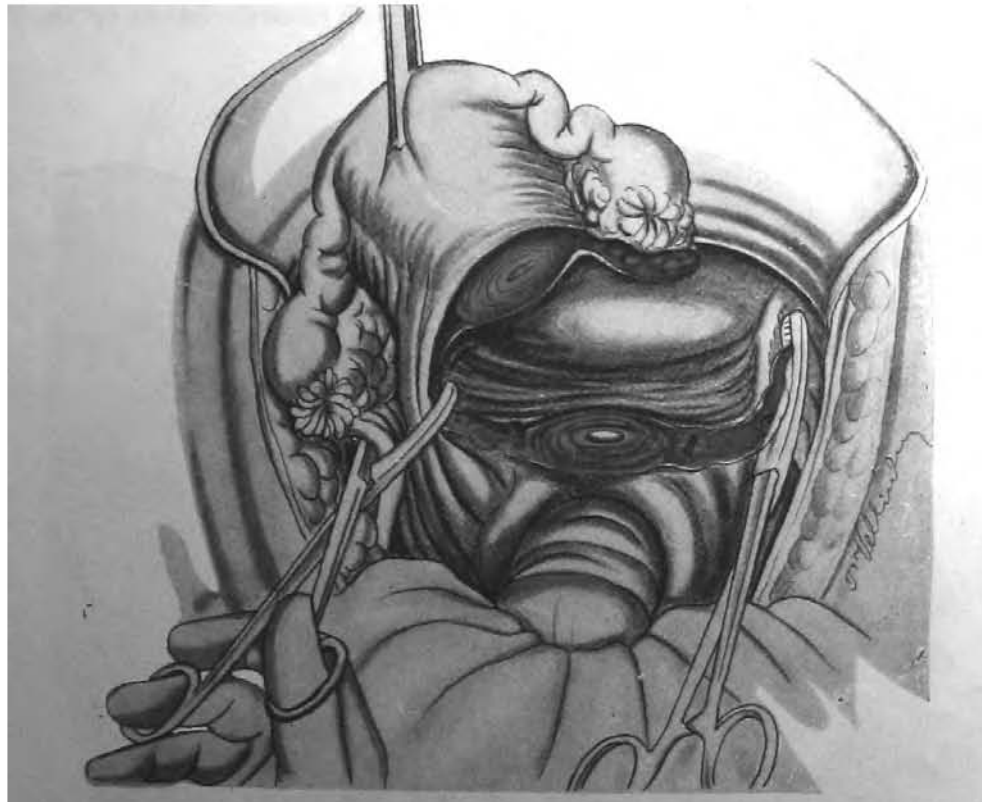


Fig. 402. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală – procedeul Kelly. Apucarea pediculului anexei din stînga într-o pensă puternică.

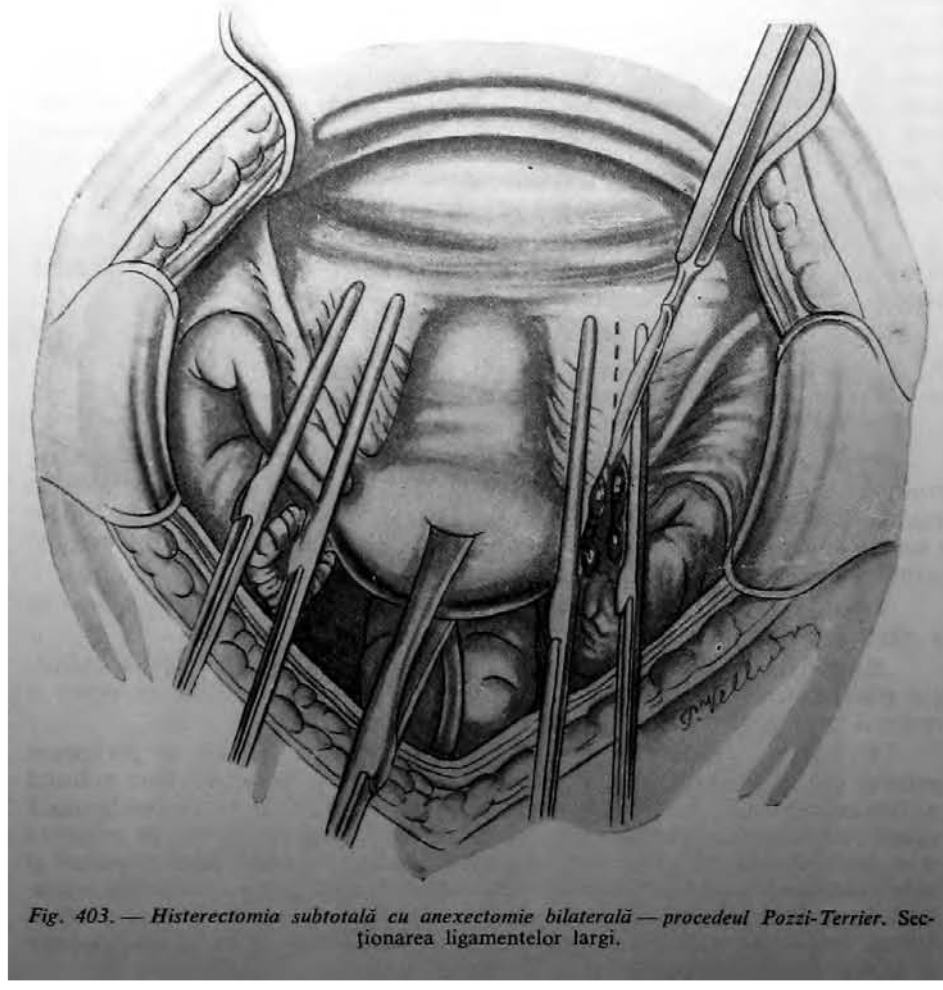


Fig. 403. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală — procedeul Pozzi-Terrier. Secţionarea ligamentelor largi.

HISTERECTOMIE SUBTOTALĂ CU ANEXECTOMIE BILATERALĂ, PRIN EXTIRPAREA DE LA ÎNCEPUT A UTERULUI

Procedeul P o z z i-Te r r i e r. Principiul acestui procedeu este să se extirpe întîi uterul. Este indicat în anexitele bilaterale foarte aderente la pereţii pelvisului. Scoaterea uterului de la începutul operaţiei lărgeşte cîmpul operator în mijlocul pelvisului, permiţînd introducerea mîinii şi decolarea anexelor de jos în sus.

Se procedează astfel:

— Secţionarea ligamentelor largi în lungul marginilor uterului. Uterul este tras în sus şi spre ombilic cu ajutorul unei pense Museux, aplicată la nivelul fundului. Se aplică o pensă Kocher, de sus în jos şi foarte aproape de marginea uterului, de la pediculul anexei, pînă la nivelul istmului. La cîţiva milimetri în afară se aplică a doua pensă Kocher, paralelă cu prima. Cu foarfecele drept sau cu bisturiul se secţionează de sus în jos ligamentul larg prins între aceste pense (fig. 403). O dată cu acesta, se secţionează trompa, ligamentul utero-ovarian şi ligamentul rotund. Mocquot propune ca ligamentul rotund să fie secţionat separat, înainte de a se aplica pensele Kocher. Acest amănunt de tehnică permite ca anexa să poată fi mai uşor degajată. Se foloseşte aceiaşi technică de partea opusă.

>—Secţionarea peritoneului preuterin şi decolarea vezicii. Capetele celor două secţiuni ale ligamentelor largi se împreunează anterior, prin secţionarea

transversală a peritoneului vezico-uterin. Se decolează vezica, expunindu-se faţa anterioară a istmului şi pediculii vasculari latero-uterini.

— Pensarea şi secţionarea arterelor uterine la nivelul istmului.

— Secţionarea istmului. Se face cu bisturiul sau cu foarfecele, în secţiune transversală sau uşor cuneiformă.

— Extirparea anexelor. Extirparea uterului lasă un spaţiu larg între cele două tumori anexiale. Graţie acestui spaţiu se poate ataca polul inferior al anexelor prin ţesutul celular al bazei ligamentelor largi. Trăgînd în sus şi în afară de pensa Kocher rămasă pe capătul proximal al tumorii şi secţionînd cu foarfecele dinăuntru în afară foiţele ligamentului larg, tumoarea se lasă decolată de pe pereţii pelvisului pînă la pediculul tubo-ovarian. Eventualele aderenţe se desprind cu foarfecele sau cu degetele. Inserţia parietală a ligamentului larg se pediculizează în jurul pediculului lombo-ovarian, încît poate fi prinsă într-o singură pensă şi secţionată cu foarfecele.

în acelaşi mod se procedează şi cu anexa opusă.

Urmează controlul hemostazei, ligatura arterelor uterine, suturarea bontului cervical, peritonizarea pelvisului şi închiderea peretelui abdominal, ca după histerectomia subtotală obişnuită.

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ CU ANEXECTOMIE BILATERALĂ PRIN DECOLARE ANTERIOARĂ

Procedeul J. L. Faure modificat de De Martei şi Louis-Bazy. Principiul acestui procedeu se bazează pe faptul că uterul poate fi uşor eliberat după ce este secţionat la nivelul istmului, întrucît principalul mijloc de fixitate a acestui organ este continuitatea lui cu vaginul (J. L. Faure). Eliberarea uterului permite decolarea anexelor de jos în sus.

Indicaţiile principale sînt: tumorile inflamatorii anexiale, bilaterale şi uterul retroflectat, inclavat şi fixat de aderenţe.

Histerectomia subtotală prin decolare anterioară aduce mari servicii chirurgiei ginecologice, permiţînd efectuarea unei operaţii necesare, care nu poate fi realizată prin nici un alt procedeu.

Tehnica. După ce se secţionează ligamentele rotunde şi peritoneul anterior (fig. 404), uterul este bine tras cu ajutorul unei pense Museux aplicată pe faţa anterioară, la 1 cm mai sus de pliul vezico-uterin, după care se secţionează istmul cu foarfecele curb (fig. 405), dinainte îndărăt. Arterele uterine se pensează şi se secţionează de fiecare parte (fig. 406), apoi colul este basculat înainte şi uterul răsturnat cu ajutorul aceleiaşi pense Museux, aplicată în vecinătatea suprafeţei de secţiune. Această manevră permite introducerea degetului, apoi a mîinii întregi, îndărătul uterului şi desfacerea tuturor aderenţelor de jos în sus, inclusiv a anexei tumorale (fig. 407).

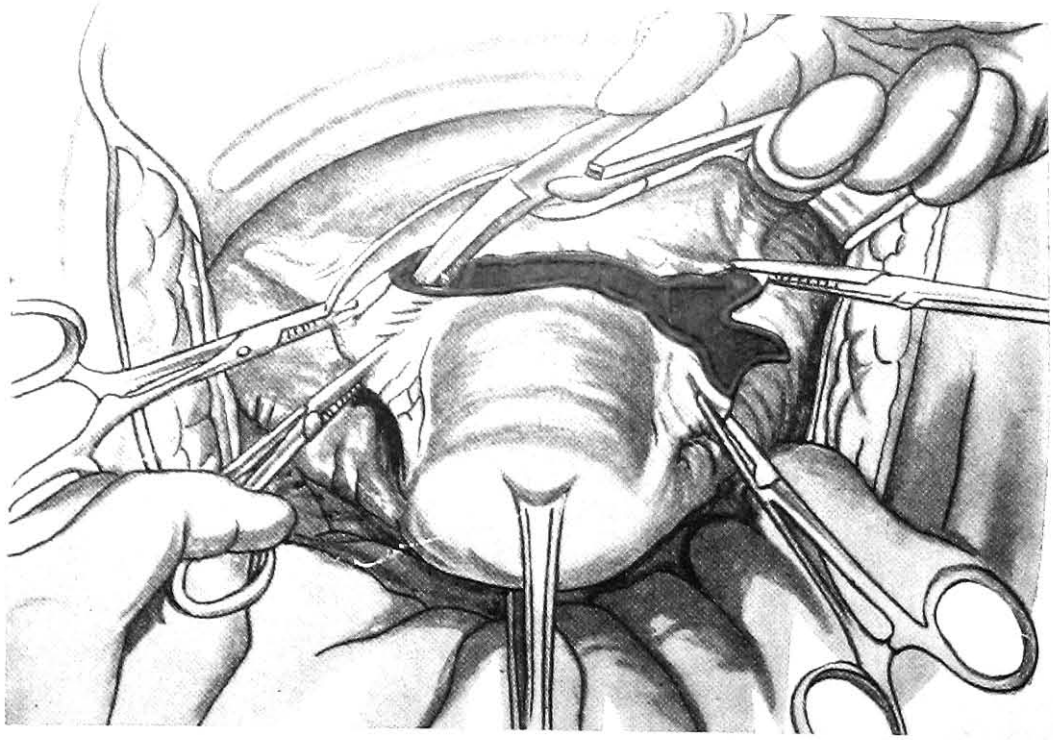


Fig. 404. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Secționarea peritoneului utero-vezical și a ligamentelor rotunde.

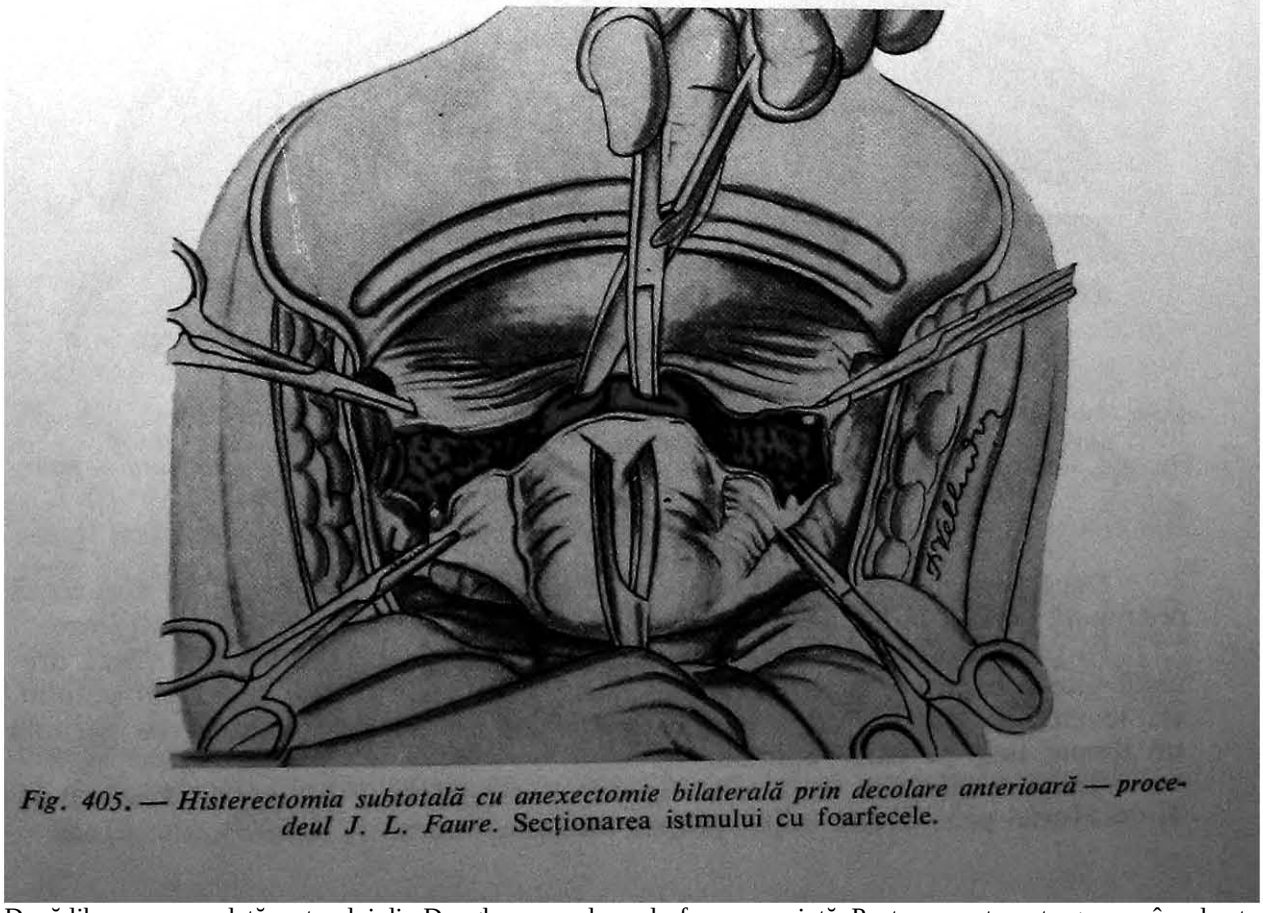


Fig. 405. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Secționarea istmului cu foarfecele.

După liberarea completă a uterului din Douglas, anexele se desfac cu uşurinţă. Pentru aceasta se trage cu mîna de uter, prin intermediul unei pense Museux aplicată pe suprafaţa de secţiune a istmului, iar cu cealaltă mînă se pătrunde în baza ligamentului larg şi se decolează anexa aderentă, de jos în sus şi dinăuntru în afară. Fiecare anexă decolată se apucă între police şi index, ceea ce permite aplicarea unei singure pense (fig. 408) pe pediculul format de inserţia parietală a ligamentului larg, în care sînt incluse ligamentul lombo-ovarian şi ligamentul rotund (în eventualitatea că nu a fost secţionat de la început). Secţionarea cu foarfecele curb.

După extirparea uterului şi a anexelor, operaţia se termină ca în histerectomia subtotală obişnuită: ligaturi pe pediculii vasculari, sutură a bontului cervical, peritonizare etc.

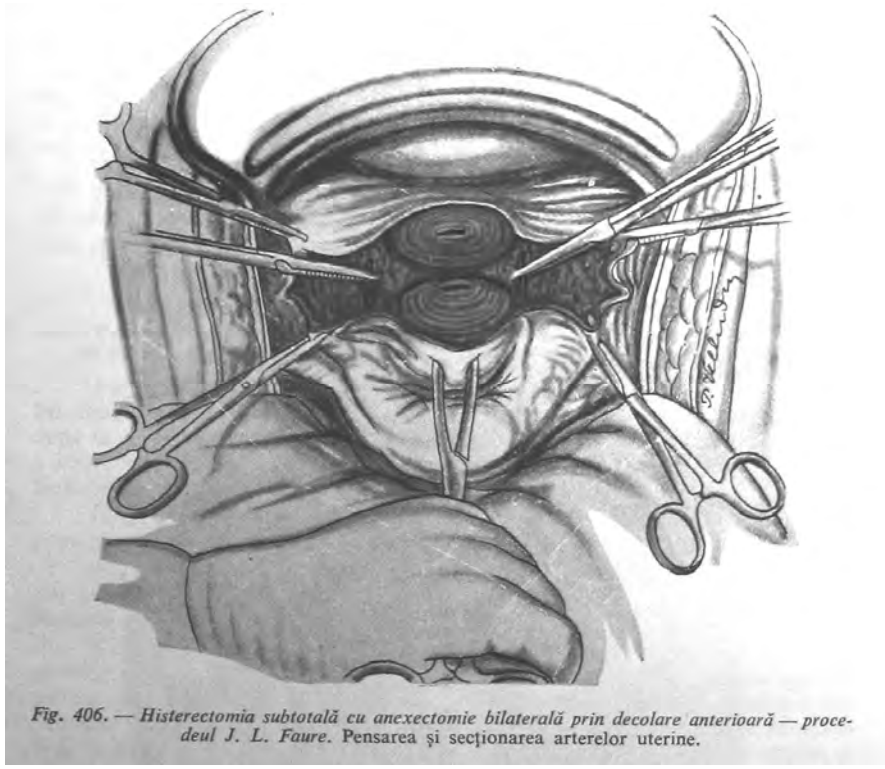


Fig. 406. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Pensarea şi secţionarea arterelor uterine.

Dacă peritonizarea nu se poate efectua din lipsă de peritoneu, se suturează peritoneul vezical la colonul pelvian (fig. 398), sau se renunţă la peritonizare.

în general este de preferat ca operaţia să se termine fără drenaj. Dacă drenajul este necesar, se perforează Douglasul şi se lasă un tub îndărătul colului, sau se „totalizează" histerectomia, extirpîndu-se bontul cervical, ceea ce permite un drenaj larg pe cale vaginală.

Tehnica descrisă mai sus reprezintă modificările aduse de Louis-Bazy şi de Martel procedeului iniţial propus de J. L. Faure.

Faţă de procedeul J. L. Faure, care deschide drumul pentru decolarea anexelor de jos în sus, procedeul De Martel-Louis-Bazy dă posibilitatea ca acestea să fie atacate, atît dinainte îndărăt, cît şi de jos în sus.

Procedeul J.L. Faure este criticabil prin faptul că nu decolează peritoneul preuterin, ceea ce constituie un risc pentru vezică şi pentru uretere, în momentul cînd se secţionează istmul şi cînd se aplică pensele pe arterele uterine. De asemenea, bascularea uterului este incompletă şi decolarea posterioară riscă să deschidă pungi purulente şi să producă leziuni intestinale, din cauza ligamentelor rotunde, care nu sînt secţionate de la începutul operaţiei.

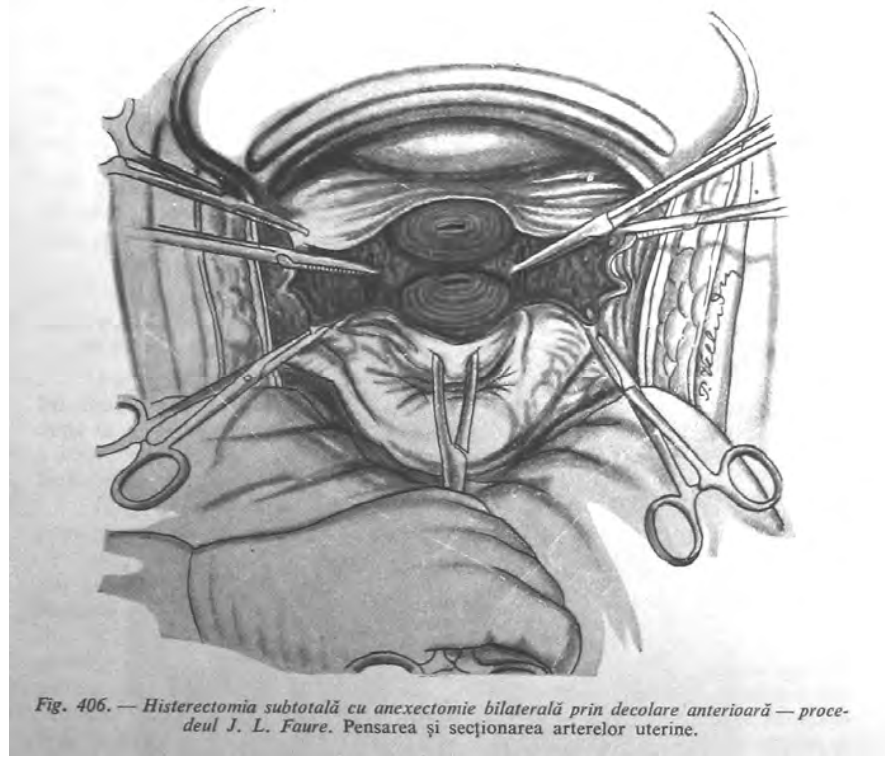


Fig. 406. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Pensarea şi secţionarea arterelor uterine.

Fig. 407. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Luxarea uterului şi desfacerea anexei tumorale din aderenţe.

Procedeul De Martel-Louis-Bazy, mai anatomic, secţionînd foiţa anterioară a ligamentului larg, ligamentele rotunde şi decolînd în prealabil vezica, oferă o cale de acces mai largă pentru desfacerea anexelor aderente şi o siguranţă în ceea ce priveşte hemostaza arterelor uterine şi evitarea leziunilor vezico- ureterale.

în cazurile dificile, Mocquot propune fragmentarea operaţiei, extirpînd *întîi o* anexă, apoi uterul, şi la urmă cealaltă anexă.

O situaţie grea este creată de tumorile anexiale care acoperă în întregime uterul. în aceste cazuri Kelly, după ce secţionează istmul prin decolare anterioară, taie uterul pe linia mediană, de jos în sus, în două jumătăţi. Hemisecţia uterului oferă lumină în mijlocul pelvisului şi face posibilă extirparea acelor anexe, care par inaccesibile altor procedee.

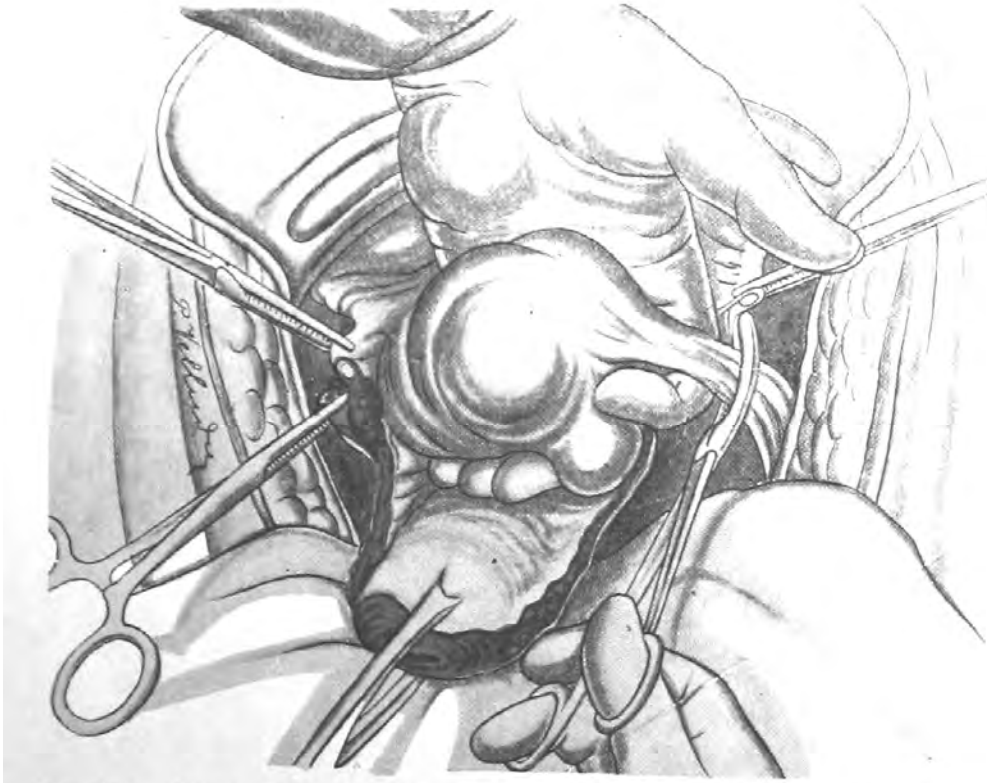


Fig. 408. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Pensarea pedicului anexei tumorale decolate.

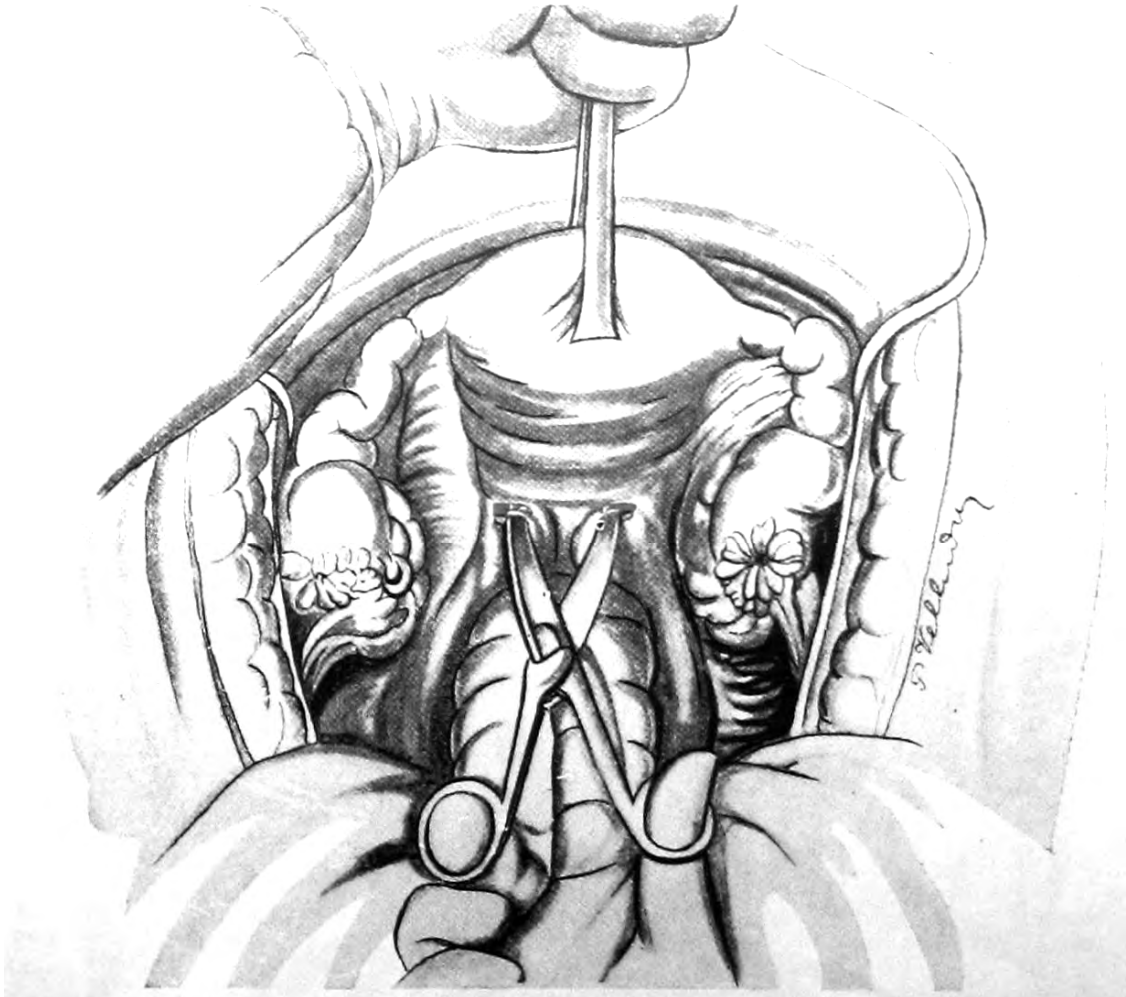


Fig. 409. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare posterioară — procedeul J. L. Faure. Secţionarea istmului cu foarfecele.

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ CU ANEXECTOMIE BILATERALĂ PRIN DECOLARE POSTERIOARĂ

Procedeul J. L. Faure. Acest procedeu are indicaţii limitate. El permite executarea unei histerectomii rapide în anexitele bilaterale, cînd uterul este suficient de mobil sau în tot cazul fără aderenţe pe faţa Iui posterioară.

Tehnica. *Secţionarea colului.* Pentru aceasta se apucă uterul cu o pensă puternică şi se trage mult spre simfiză pubiană. Cu foarfecele curb se secţionează istmul imediat deasupra inserţiei ligamentelor utero-sacrate (fig. 409). Deschiderea canalului cervical constituie un important punct de reper în efectuarea secţiunii istmului. Secţionarea peretelui anterior al istmului se face la nivelul sau deasupra fundului de sac vezico-uterin. aşa încît vezica este evitată. Totuşi, executarea acestei secţiuni necesită gesturi măsurate şi multă atenţie. Dupa secţionarea istmului, uterul se lasă uşor tras în sus. Prin tăietura făcută Ia nivelul istmului se vede foiţa anterioară a peritoneului, iar pe lături arterele uterine (fig. 410).

Pensarea arterelor uterine. Basculînd uterul cu o pensă aplicată la polul inferior, pediculii vasculari se pot vedea şi mai bine la unghiurile secţiunii istmului. Se aplică pense şi se secţionează. In general arterele uterine nu sînt interesate, cînd se secţionează istmul. Dacă, totuşi, în timpul acestei secţionări ele sînt tăiate, se aplică imediat pense de hemostază, după care se continuă decolarea. De multe ori, hemostaza arterelor uterine este lăsată la urmă, după extirparea uterului şi a anexelor. In patul de decolare se descoperă şi se leagă capetele arterelor uterine, semnalate printr-o hemoragie uşoară.

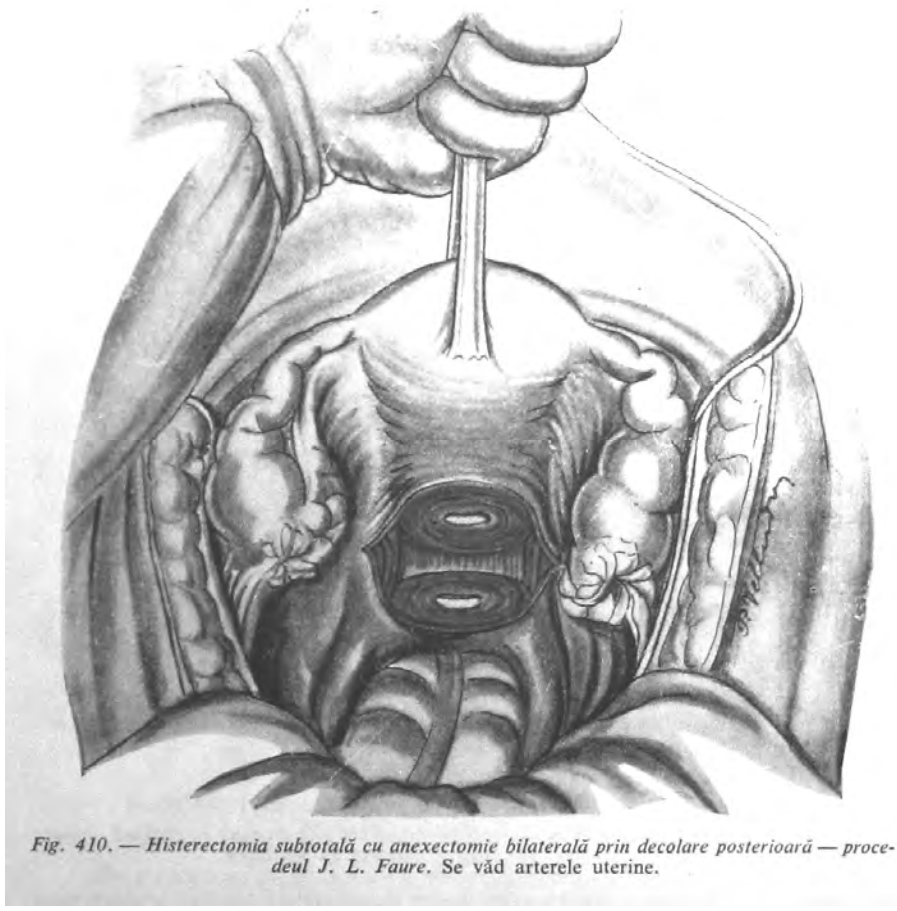


Fig. 410. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare posterioară — procedeul J. L. Faure. Se văd arterele uterine.

Secţionarea ligamentelor largi. Timpul cel mai uşor al operaţiei şi cel mai rapid este decolarea anexelor şi secţionarea pediculilor superiori. Pentru aceasta se secţionează mai întîi foiţa posterioară a ligamentelor largi, 3—4 cm de o parte şi de alta a istmului. Apoi se ia uterul pe mină, introducîndu-se 2—3 degete sub el, dindărăt înainte. Capetele degetelor ridică fundul de sac vezico-uterin, expu- nînd foiţa anterioară a ligamentelor largi, care se secţionează cu foarfecele sau se perforează cu degetele. După aceasta se duce mîna de la centru spre periferie, pediculizîndu-se între police şi index inserţia perietală a ligamentului larg (fig. 411). Se prinde acest pedicul într-o pensă puternică (fig. 412) şi se secţionează cu foarfe-tl' f această manevră s-a făcut de partea dreaptă, uterul nu mai1 de an£Xa S f" ^colarea acesteia se basculează uterul spre stingă, cu care ocazie se desprinde de pe pereţii pelvisului oferind pediculul, 'are. e,S'e Pe"sat acţionat ca in procedeul Kelly, de histerectomie subtotală (vezi ftg. 402).

După extirparea în bloc a uterului şi a anexelor se controlează hemostaza, se leagă pediculii vasculari, se închide bontul cervical şi se peritonizează pelvisul.

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ CU ANEXECTOMIE BILATERALĂ PRIN HEMISECŢIA UTERULUI

Procedeul J. L. F a u r e. Ca şi în procedeele descrise mai sus, principiul de bază este crearea unui drum care să permită abordarea polului inferior al anexelor şi decolarea lor de jos în sus.

Procedeul prin hemisecţia uterului este indicat în anexitele bilaterale foarte aderente în ambele părţi, atît la uter, cît şi la pereţii pelvisului. De asemenea, este indicat în unele chisturi bilaterale incluse în ligamentele largi şi aderente ia organele din micul bazin. Condiţia principală de efectuare este ca uterul să fie mic. *Tehnica. Hemisecţia uterului.* După ce se controlează ca feţele uterului să fie libere, se apucă fundul cu două pense Museux, aplicate de o parte şi de alta a liniei mediane (fig. 413-cartuş). Cu foarfecele drept se secţionează uterul între acestea pînă la istm (fig. 413). Dacă se menţine foarfecele pe linia mediană, sîngerarea este minimă.

Cele două jumătăţi ale uterului se depărtează una de alta şi cu foarfecele curb se secţionează transversal la nivelul istmului, numai una din ele, ori cea dreaptă, ori cea stîngă.

Capătul inferior al jumătăţii secţionate se apucă cu o pensă Museux şi se trage în sus. Pe măsură ce se trage de acest capăt, apare în unghiul de secţiune artera uterină, care se pensează şi se secţionează (fig. 414), iar tumoarea anexială, antrenată de această mişcare se decolează de la polul inferior.

Secţionarea pediculilor superiori. Răsturnarea jumătăţii de uter permite introducerea mîinii şi decolarea anexei de jos în sus. Pediculul alcătuit din ligamentul lombo-ovarian şi ligamentul rotund este prins în pensă şi secţionat (fig. 415). Piesa extirpată este alcătuită dintr-o jumătate de uter cu anexa respectivă.

De partea opusă se procedează la fel.

Procedeele descrise se adresează cu deosebire proceselor inflamatorii ale anexelor. Ele s-au dezvoltat în epoca cînd acestea nu puteau fi tratate decît printr-o extirpare chirurgicală radicală. Astăzi, aceste procedee se folosesc rar, infiamaţiile anexiale beneficiind mai mult de pe urma tratamentului medical.

HISTERECTOMIA ÎN PRACTICA OBSTETRICALĂÂ

Clasificare: histerectomie de « necesitate» şi histerectomie de « oportunitate» (Sandberg).

Indicaţii

Histerectomia de «necesitate» este indicată în: hemoragia incoercibilă, ruptura uterului, infecţia chorio-amniotică (fizometrie), inversiunea uterină şi cancerul de col.

Indicaţia operatorie este absolută în aceste situaţii cu scopul de a scăpa viaţa bolnavei. Singura contraindicaţie o constituie necesitatea de a se păstra funcţia de gestaţie şi, — în hemoragiile incoercibile şi în rupturile uterului —, în raport cu întinderea leziunilor locale, cu gradul alterării stării generale şi a condiţiilor de reanimare intensivă, se poate recurge la formule chirurgicale conservatoare (ligatura arterelor uterine — vezi pag. 279; ligatura arterelor hipogastrice; vezi pag. 871; histerorafia — vezi pag. 222).

—- Condiţii de efectuare: rapiditate în luarea deciziei operatorii şi în execuţie; condiţii optime de anestezie şi de reanimare intensivă (transfuzie masivă cu sînge, în primul rînd).

Histerectomia de «oportunitate». Cunoscută şi sub numele de «cezariană mutilantă» are indicaţii «discutabile». Viaţa bolnavei nefiind ameninţată, histerectomia capătă un caracter complementar. Motivaţia ei poate fi o stare de patologie cronică a uterului (polifibromatoză, cicatrici vechi) sau aşa cum se practică în unele state ale Americii, cu scopul « sterilizării» (sterilizare chirurgicală prin histerectomie). în concepţia şcolii noastre medicale şi nici în a altor şcoli europene, nu există această indicaţie.

Date de anatomie chirurgicală impuse de starea de graviditate.

— Uterul. Golit de conţinut, fie prin naştere normală, fie prin operaţie cezariană, uterul rămîne mare, cît o sarcină de 4—5 luni. Corpul uterin poate fi cu uşurinţă recunoscut datorită grosimii pereţilor (3—4 centimetri); în schimb, partea inferioară, reprezentată de segmentul inferior şi de col, fac un canal moale şi subţire, care, la dilataţie completă se continuă fără nici o deosebire anatomică cu pereţii vaginului. Această situaţie anatomică creează dificultăţi în fixarea nivelului la care se face histerectomia.

—- Foiţele peritoneale sînt laxe, din cauza imbibiţei gravidice, şi se lasă decolate cu mare uşurinţă. Avantaj tehnic.

|fe|^Ligamentele rotunde sînt de grosimea degetului mic şi bogat vasculari- zate din cauza anastomozelor dintre arterele uterine şi arterele funiculare (plecate din arterele epigastrice). Pentru siguranţa hemostazei, firele de ligatură se trec cu acul şi nodurile se strîng foarte bine.

—Ligamentele lombo-ovariene sînt de asemenea, groase, din cauza venelor voluminoase şi sinuoase. Hemostaza se face cu două ligaturi etajate, de siguranţă.

•—- Pediculii uterini sînt groşi şi topografia arterelor uterine este modificată la nivelul «croselor» din cauza venelor dilatate şi a plexurilor venoase voluminoase. Ureterul este solidarizat de aceste plexuri şi cînd se trage puternic de uter, tracţiunea plexurilor aduce ureterul în sus. Această ridicare a ureterelor se evită în parte prin secţionarea cît mai jos, a foiţei posterioare a ligamentului larg. în afara sarcinii «crosa» arterelor uterine se găseşte la 2 cm de domul vaginal. în timpul sarcinii şi la dilataţia completă a colului, ureterul, artera uterină şi ramificaţiile cervico-vaginale se găsesc adunate într-un spaţiu foarte mic, la numai cîţiva milimetri de domul vaginal.

Aceste cîteva noţiuni de anatomie chirurgicală sînt importante de ştiut. Ele ajută la evitarea unor accidente grave hemoragice sau ureterale în timpul histerectomiei. Din cauza uşurinţei cu care se găsesc şi se realizează planurile de decolare, histerectomia în timpul sarcinii este socotită « mai uşoară» din punct de vedere tehnic. Cu toate acestea, rapiditatea gesturilor impuse de caracterul de mare urgenţă al operaţiei, trebuie dublate de cunoaşterea acestor modificări anatomice, care implică prudenţă.

Technica

Histerectomia subtotală. Starea de urgenţă maximă are ca unic obiectiv, hemostaza chirurgicală, deci abordarea rapidă a pediculilor uterini. Ca atare, pînă la pensarea arterelor uterine, toţi timpii chirurgicali se execută rapid şi pe calea cea mai simplă: — laparotomie mediană:

—se aplică pense Kocher drepte, lungi şi puternice, la nivelul coarnelor uterine, de o parte şi de alta, care prind trompele şi ligamentele utero-ovariene împreună. Aceste pense servesc şi pentru tracţiune (pensele Museux nu se folosesc din cauza friabilităţii muşchiului uterin);

—se aplică pense curbe la 1 cm în afara primelor şi se secţionează între ele (fig. 416);

— se secţionează între două pense Kocher ligamentele rotunde;

—se secţionează peritoneul vezico-uterin şi se decolează prudent şi limitat, vezica (Acest timp nu este necesar dacă histerectomia urmează histerotomiei făcute pentru operaţia cezariană);

—se secţionează vertical, cîţiva centimetri, foiţa posterioară a ligamentului larg (nu prea jos şi întotdeauna sub controlul vederii);

—se lateralizează puternic uterul prin tracţiune şi cu indexul dirijat spre baza ligamentului larg, sau cu un tampon montat se evidenţiază pedicului vaselor uterine;

— se aplică pensa J. L. Faure, care « muşcă» şi din peretele uterin; se aplică, la 2 cm mai sus, o altă pensă pe marginea uterului (pentru a împiedica hemoragia venoasă) şi se secţionează pedicului vascular cu foarfecele, între aceste pense (fig. 417). Aceleaşi gesturi chirurgicale şi de partea opusă. Dacă uterul este « ceza- rizat» transversal, pensele J. L. Faure se aplică la cîţiva milimetri sub nivelul histerotomiei. Hemostaza fiind asigurată, ritmul operaţiei poate încetini;

—se aplică imediat ligaturi strînse pe bonturile vasculare, cu catgut nr. 2. Firele se trec cu acul şi prin grosimea miometrului. Capetele se taie la 1 cm distanţă de nod;

—se secţionează cu foarfecele segmentul inferior circular şi se extirpă uterul (fig. 418);

—se suturează bontul uterin cu fire separate de catgut în X;

—se peritonizează pelvisul. La peritonizare se înfundă sub peritoneu capetele ligamentelor rotunde şi ale anexelor (ca în fig. 410);

—peretele abdominal se închide simplu, rapid, cu fire de nylon la aponevroză şi fără drenaj.

Se continuă reanimarea intensivă. Antibioterapia de protecţie este utilă în primele cinci zile după operaţie.

Histerectomia totală:

—se detaşează anexele şi se secţionează ligamentele rotunde ca Ia histerectomia subtotală;

—desfacerea digitală a bazei ligamentelor largi este mai profundă şi secţionarea foiţei posterioare se face pînă la inserţia ligamentelor utero-sacrate;

—se secţionează şi se leagă arterele uterine, cît mai jos (fig. 419);

—se decolează vezica pînă la peretele anterior al vaginului (decolarea se începe cu foarfecele curb, şi se termină cu indexul) (fig. 420);

—identificarea nivelului la care se găseşte colul uterin (cînd histerectomia se face la dilataţie completă) este quasi imposibilă, de aceea timpul de secţionare al vaginului întîmpină dificultăţi. Rapiditatea pe care o impune urgenţa operaţiei face ca uneori

histerectomia totală să fie incompletă sau prea largă, cu privire la vagin. Brenner propune următorul artificiu de tehnică: se introduce un deget prin breşa de histerotomie pînă în vagin şi de jos în sus se parcurge peretele anterior al canalului; astfel se simte denivelarea pe care o face marginea colului uterin;

cu degetul se ridică peretele anterior al vaginului (vezica sub depărtătorul Pollosson) şi la vedere, se transfixiază cu un fir în X; capetele firului se înnoadă şi se armează pe o pensă P6an; se schimbă mănuşile, după care se secţionează vertical pe linia mediană, segmentul inferior, pînă la firul de reper;

— se aplică pense Kocher drepte, razant cu peretele segmentului inferior, de o parte şi de alta, şi se secţionează în interiorul lor. Aceste pense prind ramificaţiile cervico-vaginale;

— se secţionează vaginul cu foarfecele, circular, la 1—2 cm deasupra firului plasat pe peretele anterior al vaginului, ca reper. Posterior se incizează transversal peritoneul şi se decolează în jos, cu secţionarea ligamentelor utero-sacrate;

— se suturează pereţii vaginului cu fire separate, în X şi se peritonizează. Dacă este indicat drenajul vaginal, pereţii vaginului se pot închide cu surjet ca în fig. 421 sau cu fire în X ca în fig. 422 şi tubul de dren se amarează, cu fir de catgut, ca în fig. 423;

— peretele abdominal se reconstituie anatomic, fără drenaj.

Antibioterapia postoperatorie este indicată.

Rezultate. Mortalitatea depinde de rapiditatea cu care s-a trecut de la indicaţie la execuţie şi de condiţiile de reanimare. Infecţia şi şocul hemoragie sînt cauzele de deces. Reanimării şi antibioterapiei le revin cel mai important rol dincolo de hemostaza chirurgicală, care, în aceste situaţii, este gestul obligator şi esenţial.

Morbiditatea este legată de infecţiile urinare şi parietale, de frecvenţa unor hemoragii secundare (după histerectomii subtotale, care impun reinterven- ţie şi totalizarea histerectomiei sau ligaturi de hipogastrice), de frecvenţa leziunilor vezicale şi ureterale (fistule urinare) după histerectomiile totale.

Discuţiile care se fac între histerectomia subtotală şi totalăfe în aceste operaţii de urgenţă — cu privire la profilaxia cancerului de col este mai puţin importantă, dată fiind frecvenţa mică (1/1000 — Page) a acestei complicaţii.

După opinia mea, decizia între histerectomia subtotală şi totală se ia în raport cu indicaţia histerectomiei de hemostază şi cu condiţiile locale, intraopera- torii. Criteriul fundamental al conduitei operatorii este salvarea bolnavei de la moarte. Aşa de exemplu: facem histerectomie totală în hemoragiile din placenta praevia (fiindcă nu avem cum să ştim dacă este acreta, increta sau perereta) pentru a nu fi puşi în situaţia de a reinterveni la scurt interval după închiderea peretelui abdominal, reintervenţie impusă de reapariţia hemoragiei vaginale, de la nivelul bontului cervical lăsat pe loc, şi de faptul că reanimatorul nu poate stabiliza hemodinamic bolnava. De asemenea recurgem la histerectomie subtotală cînd segmentul inferior este intim aderent la vezică, situaţie în care histerectomia totală devine riscantă.

OPERAŢII PLASTICE ŞI REPARATOARE

INTRODUCERE

Operaţiile plastice şi reparatoare ocupă azi un loc important în activitatea chirurgicală a specialităţii noastre; ele sînt o armă a prezentului şi, fără îndoială, a viitorului, căci, în măsura în care progresele chimioterapice au scos dintre indicaţiile operatorii hemoragiile funcţionale şi, în bună parte, manifestările organice ale infecţiilor aparatului genital feminin, mai curînd sau mai tîrziu, vor permite probabil şi prevenirea sau vindecarea neoplaziilor. Indicaţiile chirurgicale se vor limita atunci la corectarea malformaţiilor congenitale şi a sechelelor traumatismelor (obstetricale sau accidentale). Prin această preocupare constructivă, ginecologia se va depărta pentru totdeauna de chirurgia de exereză.

Dealtfel, evoluţia consecventă a preocupărilor disciplinii, în prezent de la chirurgia radicală la operaţiile conservatoare, iar în viitor către limitarea la chirurgia plastică şi reparatoare (limitare care va acorda şi în ginecologie răgazul pentru a se corecta mai meticulos dezordinile anatomice), reprezintă îndrăzneţe salturi calitative.

Este locul să facem aici o precizare asupra modului în care am înţeles noi delimitarea conţinutului noţiunilor; o serie de operaţii, cum ar fi cele pe trompe (îndeosebi neoimplantarea tubară), deşi din punct de vedere tehnic s-ar încadra printre operaţiile plastice sau reparatoare, fiind făcute în scopul reluării sau al conservării funcţiei tubare, trebuie privite ca operaţii «conservatoare» (vezi capitolul precedent), cu atît mai mult cu cît ele sînt de obicei numai timpi complementari în cadrul operaţiilor de exereză « conservatoare»; de asemenea o sumă de operaţii, radicale din punct de vedere funcţional (cum ar fi colpocleizisul, de pildă) se încadrează, prin scopul lor, între operaţiile plastice şi reparatoare (cel puţin în ce priveşte poziţia organelor genitale interne).

Obiectul chirurgiei plastice şi reparatoare, în general, este restabilirea formei (pe cît posibil estetică), precum şi a poziţiei normale a ţesuturilor şi organelor. Se poate susţine deci că scopul, şi nu detaliile de tehnică folosite, califică actul operator.

Această idee nu are dealtfel nimic imuabil; ea nu poate servi decît la clasificarea şi înşiruirea intervenţiilor descrise.

Desigur că în ultimă esenţă ţinta comună a restabilirii formei sau poziţiei, ca şi a operaţiilor conservatoare, este căutarea unei funcţionalităţi cît mai apropiate de cea normală.

Din acest motiv şi-au făcut loc, în mod paradoxal, printre operaţiile ginecologice plastice şi reparatoare, unele intervenţii « antianatomice» cum este inter- poziţia vezico-vaginală, colpocleizisul etc., care caută să modifice unele dispoziţii anatomice normale, în slujba asigurării funcţiilor fiziologice.

Posibilitatea cea mai larg folosită de chirurgia plastică este transplantarea ţesuturilor: acestea pot fi prelevate chiar de la subiectul de operat (autotransplant) sau de la un individ de aceeaşi speţă (homotransplant); ţesuturile se pot transplanta imediat după prelevare, sau după un timp, mai mult sau mai puţin lung, de conservare aseptică la temperatură scăzută, uneori transplantului i se conservă pediculul vascular, pînă ce timpul îi permite să se revascularizeze, alteori se folosesc grefe libere (epidermă, piele totală, grăsime, ovar, endometru).

Mijloacele folosite de chirurgia reparatoare a formei şi poziţiei ţesuturilor sînt excizia, avivarea, sutura şi fixarea, cu sau fără transplantarea de ţesuturi învecinate sau de la distanţă. O despărţire, deci, a operaţiilor plastice de cele reparatoare, în ginecologie, ar fi artificială; de aceea, pentru a le trece în revistă, împăţim operaţiile ginecologice plastice şi reparatoare, tot după scopul lor, şi anume:

— grefele libere;

- operaţiile plastice şi reparatoare ale formei (uterului, colului uterin, vaginului, perineului);

GENERALITĂŢI ÎN LEGĂTURĂ CU TRANSPLANTAREA ŢESUTURILOR ŞI ORGANELOR ÎN OPERAŢIILE GINECOLOGICE

Dintre procedeele de transplantare, cel mai puţin riscant este autotransplan- tarea. fiindcă nu pune probleme de incompatibilitate biologică între ţesutul transplantat şi patul creat. Homotransplantarea de ţesuturi avasculare (epiderm, amnios, cornee, cartilaj) prinde aproape la fel de bine ca şi autotransplantarea. Celelalte homografe, chiar dacă prind, sînt lizate după un interval de 3—10 săptă- mîni; ele prind şi persistă definitiv, ca şi autografele, numai la gemenii univitelini sau în condiţii foarte precise de determinare a compatibilităţii tisulare şi de suprimare a fenomenelor imunitare (practic disproporţionate cu importanţa operaţiilor ginecologice). Procesul de liză ce interesează homografele a suscitat o serie de ipoteze care să-1 explice şi unele artificii care încearcă să-1 ocolească.

Dacă ipotezele fiziopatologice şi posibilităţile de a evita liza sînt încă prea sofisticate, mecanismul anatomopatologic de topire a homografelor a putut fi studiat prin biopsii în serie: dispariţia elementelor proprii homografei coincide cu edemul şi infiltraţia cu celule rotunde (limfocite) care-i dă aspectul unei stofe mîncate de molii; aceste « ciupituri» cresc şi se contopesc pînă ce tot grefonul este topit.

Dimpotrivă, la autotransplantare, moartea eventuală a transplantului nu poate ţine decît de nutriţia lui insuficientă; aceasta, la rîndul ei, depinde de exigenţele ţesutului transplantat, care are cu atît mai puţine cerinţe, cu cît este mai puţin diferenţiat.

Transplantarea cutanată poate fi efectuată sub două forme: grefă liberă şi grefă pediculată.

Grefele se hrănesc la început exclusiv prin difuziune; ele sînt adevărate culturi de ţesuturi pe mediu fiziologic. Grefa epidermică constă în a întinde produsul de raclare epidermică pe o suprafaţă cruentă; ea nu se foloseşte în operaţiile ginecologice.

Grefele dermo-epidermice sînt de două feluri: sau se transplantează o serie de mici grefe prelevate prin ciupire (Reverdin), sau se acoperă suprafaţa cu grefe largi (Ollier-Thiersch) prelevate, de obicei de pe coapse, fese etc.

Grefa cutanată totală constă în transplantarea unui lambou cuprinzînd toată grosimea pielii (cu excepţia grăsimii hipodermice).

Relativ recent (în ultimii 25 de ani) s-a arătat că stratul dermic este partea cea mai importantă într-o grefă de piele; cum partea donatoare, după scoaterea unei grefe groase, se epitelizează din insulele adînci defoliculi piloşi şi glande sebacee, grefele groase de piele (ce au şi avantajul de a putea fi prelevate dintr-o bucată cu aparate speciale) au devenit un procedeu de rutină. Metoda se foloseşte pentru plastia de vagin (metoda Kirschner simplificată şi reactualizată de Dan Ales- sandrescu).

Patul pregătit unor astfel de grefe necesită o hemostază îngrijită care se poate efectua prin comprimare cu comprese înmuiate în soluţie cloruro-sodică izotonică caldă adrenalinată: electrocoagularea şi ligaturile trebuie evitate, ele lăsînd corpi străini.

în principiu, grefele dermo-epidermice aplicate pe ţesut celulo-grăsos, ca şi grefele cutanate globale, sînt expuse retracţiei.

Succesul transplantării depinde de aderenţa grefei pe patul creat; această aderenţă este favorizată de compresiune (pentru efectuarea căreia se utilizează tutore de stents, de cauciuc sau acrilat, perforate şi umplute cu meşe îmbibate cu antibiotice).

Grefele aderă la început de suprafaţa cruentă printr-un exsudat (ser, fibrină şi resturi leucocitare); din primele 18 ore grefa este invadată de muguri capilari; capilarele proprii lamboului dermoepidermic regresează, iar exsudatul se resoarbe.

Grefele pediculate se deosebesc prin faptul că nutriţia transplantului este asigurată de un pedicul vasculo-nervos. Se folosesc două metode principale de autoplastie:

prima împrumută lamboul din tegumentele vecine plăgii de acoperit, mobilizîndu-1 prin alunecare; ea se bazează pe elasticitatea pielii. Este folosită de obicei pentru acoperirea micilor pierderi de substanţă tegumentară (eventraţii, operaţii reparatoare ale vulvei şi perineului, chiar în unele tehnici de vaginoplas- tie) ajutată sau nu de contraincizii liberatoare (în « V», în « sertar», în « perdea» etc.);

Ij[2,] a doua metodă împrumută lamboul din tegumentele îndepărtate, prin torsiune, lâsîndu-1 pentru un timp să mai adere punctului de origine printr-un pedicul mai mult sau mai puţin larg. Această din urmă metodă cu toate variantele ei (procedeul «indian», «italian», «german» etc.) şi cu toate îmbunătăţirile ce i s-au adus (cum ar fi «tubulizarea » Filatov) şi-a găsit o folosinţă foarte limitată în operaţiile ginecologice.

TRANSPLANTAREA ŢESUTURILOR ŞI ORGANELOR

TRANSPLANTAREA ŞI SUBSTITUŢIA MUCOASELOR

Acestea se fac după aceleaşi principii ca şi pentru piele.

Pielea şi mucoasele fiind două varietăţi ale ţesutului epitelial, se pot transforma una într-alta; mucoasele expuse mediului exterior se cutanizează, iar pielea în interiorul cavităţilor naturale se subţiază şi capătă culoarea roză şi luciul mucoaselor; părul cade, doar descuamaţia epitelială persistă. Metaplazia nu atinge numai pielea normală: şi ţesuturile cicatriceale pot fi utilizate pentru înlocuirea unei mucoase absente. Transformarea ţine de suprimarea presiunii şi desi- caţiei exterioare, cît şi de vascularizaţia în interiorul cavităţii naturale sau artificial create. Această putere de adaptare este o resursă preţioasă în repararea defectelor de mucoasă (pe ea se sprijină autoplastia cutanată a vaginului); într-adevăr disponibilităţile de mucoasă sînt extrem de reduse şi transplantarea liberă (grefa de mucoasă) prinde greu. Micile pierderi de substanţă se repară şi în acest caz prin alunecare, dar pentru suprafeţe importante este nevoie să se recurgă fie la grefe dermo-epidermice, fie la autoplastie cu segmente din tubul digestiv (ileon, sigmoid, rect), mucoasă vezicală etc.

TRANSPLANTAREA DE GRĂSIME

Transplantarea de grăsime este şi ea de două feluri: grefa liberă şi autoplastia pediculată.

în operaţiile ginecologice se face uz mai ales de grefe, care sînt bine tolerate cu condiţia unei perfecte asepsii [16]; grăsimea se prelevează de pe coapse şi peretele abdominal; autoplastia, cu material din marele epiploon, trebuie considerată ca o grefă mixtă, adipoasă şi mai ales reticulo-histiocitară, ceea ce explică rezistenţa la infecţie, revascularizarea rapidă şi posibilităţile de metaplaziere.

Autoplastia pediculată oferă garanţii în plus; pentru aceasta este interpus epiploonul pediculat între suturile celor două organe cavitare (de exemplu la închiderea fistulelor vezico-vaginale); metodă preconizată de I. Chiricuţă.

în afară de efectul plastic, transplantul adipos joacă şi un rol hemostatic, pe de o parte prin tamponare, iar pe de altă parte prin proprietăţile coagulante (Hilse) ale grăsimii însăşi; în plus el asigură în toate circumstanţele alunecarea suprafeţelor vecine şi împiedică sinechiile. Pe aceste observaţii se sprijină indicaţia grefei epiplooice în spaţiile moarte, rămase după operaţiile lărgite în neoplasmul de col uterin, unde înlocuieşte ţesutul conjunctiv perivasculonervos extirpat odată cu partea din ganglionii limfatici (A. Pândele).

TRANSPLANTAREA APONEVROZELOR

Aceasta este frecvent folosită în cura herniilor şi eventraţiei: ţesutul aponevrotic, slab diferenţiat şi deci puţin exigent, se pretează perfect la grefe: rezistenţa lui este considerabilă [17] iar fascia lata (tractul ilio-tibial) reprezintă o sursă bogată şi foarte uşor de abordat.

Un procedeu ingenios de plastie aponevrotică este folosirea lanierelor de aponevroză chiar ca material de sutură: se execută cu o fîşie, cît un şiret de pantof, un surjet solid (care are şi avantajul de a provoca o proliferare fibroasă intensă). Este însă necesar ca fîşia să fie pusă în tensiune şi să fie ancorată cu fire de in la fiecare pas al suturii, pentru a rezista lizei triptice a fermenţilor leucocitari sau microbieni. S-a preconizat şi folosirea dermului (dezepidermizat şi degresat prin radere extemporanee cu bisturiul, sau chiar a cicatricei excizate, în acelaşi scop; tehnica aceasta, foarte simplă, este suficientă pentru eventraţii întinse şi scuteşte de o cicatrice suplimentară pe coapsă, la locul de prelevare a aponevrozei (Rehn, Gosset, Chiricuţă). Dar şi aceste ţesuturi au fost cu succes suplinite de produsele sintetice, bine tolerate şi prezentate, în ultima vreme, în condiţii de folosire (sterilizate gata).

2. TRANSPLANTAREA ORGANELOR

în unele operaţii ginecologice se foloseşte transplantarea unor organe ca: segmente de tub digestiv, ovar etc., practicindu-se atît autoplastia pediculată (mai ales pentru organele cavitare: ileon, sigmoid, rect etc.), cît şi grefele libere (de ovar, de endometru).

REGULI GENERALE ALE CHIRURGIEI INTESTINALE

Cum autoplastia cu segmente de tub digestiv necesită restabilirea tranzitului, amintim cîteva *reguli generale ale chirurgiei intestinale:*

— pregătirea intestinului preoperator, lucru care a generat numeroase discuţii, privind modul în care trebuie să se realizeze (mecanic, chimioantibiotic sau mixt), constituie un element în plus ce garantează o bună cicatrizare a suturii;

-operaţiile pe tubul digestiv se execută în bune condiţii numai la vedere; ele reprezentînd un timp septic, ansele respective trebuie, pe cît posibil, exteriorizate şi izolate de cavitatea peritoneală;

[16] Grăsimea, ţesut eminamente puţin vascularizat, nu rezistă infecţiei.

[17] **Aponevroza transplantată îşi conservă în chip remarcabil structura histologică; mai mult chiar, fasciculele ei se orientează cu timpul în sensul noilor direcţii de tracţiune şi presiune (Rainer Fr., Vlăduţiu şi Riga L),**

— cei mai importanţi factori de care depinde, atît calitatea operaţiilor plastice cu segmente de tub digestiv, cît şi securitatea bolnavei, în general, sînt cunoaşterea şi folosirea judicioasă a « stofei» pe care segmentul respectiv o prezintă pentru scopul propus, respectarea vascuiarizaţiei şi evitarea sau combaterea septicităţii lumenului intestinal;

— septicitatea tubului digestiv merge crescînd de sus în jos. De acest element trebuie să se ţină seama, atît pre- şi postoperator (administrînd per os sau sulfa- mide cu acţiune intensă, în lumenul intestinal sau antibioticele de elecţie), cît şi intraoperator, asigurîndu-se cea mai perfectă izolare şi realizîndu-se suturi cît mai etanşe;

— vascularizaţia segmentului de tub digestiv folosit pentru operaţiile plastice este factorul cel mai important. Dacă intestinul subţire are o vascularizaţie abundentă, asigurată de mai multe rînduri de arcade (cu excepţia ultimilor circa 15 cm ileali, zonă denumită şi aria lui Treves, mai sărac irigaţi), nu trebuie omis că, mai ales la nivelul segmentelor lui fixe, colonul are o irigaţie precară. Conservarea vascuiarizaţiei cere chirurgului ce izolează sau suturează o ansă intestinală

— o grijă deosebită; sînt mai ales de recomandat: inspectarea prin transiluminare a trunchiurilor şi arcadelor vasculare şi verificarea pulsaţiilor lor; conservarea şi verificarea irigaţiei segmentului intestinal se poate face prin inspecţia trunchiurilor vasculare mari (transiluminarea mezenterului), prin observarea pulsaţiilor pe ramurile mici terminale şi în sfîrşit, printr-o atenţie deosebită faţă de coloraţia ansei şi sîngerarea de la nivelul tranşei de secţiune; secţiunea oblică dinspre me- zenter (fig. 424); respectarea arcadei marginale şi pe cît posibil evitarea decolărilor prea largi ale mezoului de pe capetele anselor ce urmează să fie suturate (aşa cum o cere sutura în două planuri); evitarea suturii cu fir continuu (suijet); evitarea punctelor de sutură prea dese (sub 3 mm distanţă între fire).

Pentru a nu compromite irigaţia şi pentru a putea să o controleze permanent unii chirurgi preferă sutura în «lumen deschis» (septică).

Cînd este vorba de colon şi cînd aceste manevre nu oferă date certe, Juvara secţionează un mic franj epiplooic urmărind sîngerarea celor două curente (venos şi arterial) şi execută secţiunea intestinului sub acest nivel.

— Un alt deziderat în chirurgia intestinală îl reprezintă menajarea lumenului. Sutura termino-terminală în două sau mai multe planuri reduce considerabil lumenul şi generează tulburări în funcţia de evacuare a conţinutului intestinal. Acelaşi dezavantaj îl prezintă suturile cu fir continuu (surjet) mono- sau multi- plan (fac excepţie anastomozele latero-laterale). O atenţie deosebită din acest punct de vedere o prezintă cazurile de nepotrivire (incongruenţă) a lumenelor ce urmează să fie suturate. Pentru a preveni acest dezavantaj se pot utiliza diverse artificii de tehnică ca: secţiunea oblică a intestinului dinspre mezou (vezi fig. 424); incizia cuneiformă a marginii antimezostenice, în acoladă sau în rachetă; cînd diferenţa de lumen depăşeşte totuşi 1/4 din circumferinţă, este mai bine ca anastomoza să fie făcută latero-lateral;

— etanşeitatea suturii reprezintă un element esenţial în sutura digestivă. Pentru suturile într-un plan, plasarea punctelor de sutură la circa 3 mm distanţă,

asigură practic impermeabilitatea ei. Din acest punct de vedere suturile multi- plan sînt mai avantajoase;

— orice sutură făcută în tensiune duce la dezunire şi de aceea este preferabil să se evite tracţiunea pe sutură executîndu-se o mobilizare mai mare a segmentelor digestive de anastomozat chiar dacă aceasta prelungeşte timpul operator;

— asepsia sau prevenirea infecţiei cavităţii peritoneale cere executarea anastomozei sub coprostază corectă, cu o izolare eficientă şi în plus schimbarea instrumentelor şi mănuşilor folosite în timpul septic;

— evitarea traumatizării segmentelor ce urmează să fie suturate se asigură prin manevre blînde, fără tracţiune pe mezouri, şi prin utilizarea unor instrumente adecvate (pense de coprostază moi sau anastomoză pe puncte de sprijin cu fire de aţă); toate acestea reprezintă un element în plus ce conferă garanţie suturii;

— îndepărtarea secreţiilor biologice în care « bălteşte» sutura (printr-un drenaj corect paraanastomotic) reprezintă de asemenea un factor important în cicatrizarea ei;

— dacă la aceste reguli se mai adaugă o bună hemostază şi grija pentru reluarea tranzitului cît mai precoce (utilizînd la nevoie *alfa* şi *beta*-mimetice, laxativele uşoare uleioase — cele saline şi clismele sînt contraindicate), se îndeplinesc principalele cerinţe pentru ca o sutură să se cicatrizeze în condiţii optime.

— Materialele recomandate pentru suturi intestinale sînt: acele atraumatice cu fire sertizate; cînd lipsesc, pot fi folosite acul drept «de mănuşăreasă» sau acul Hagedorn rotund (cu partea în care se pune firul, scobită în aşa fel încît să nu-i îngroaşe capătul terminal, dilacerînd astfel ţesuturile pe care le traversează). Firele utilizate sînt de obicei catgutul pentru stratul total sau mucos şi inul, mătasea sau nylonul pentru stratul seromuscular, în condiţiile unei suturi în două planuri.

Sutura monoplan cu puncte separate cere utilizarea firelor nerezorbabile (in, mătase, relon).

In cadrul suturilor monoplan se pot distinge de principiu 2 metode:

a) suturi totale sau penetrante — care interesează toate cele 4 straturi ale intestinului (mai puţin recomandabile);

b) suturi extramucoase — nepenetrante — în care mucoasa nu este interesată.

Raportul dintre tranşa de sutură şi lumenul intestinal împarte suturile în:

— inversante (cele care pun faţă în faţă seroasa peritoneală) şi utilizează astfel puterea sa plastică (Joubert, sau sutura Gambee);

— eversante -r- de tip Getzen (care lasă bureletele anastomice la exterior şi deci nu influenţează lumenul);

—-mixte — de tip Albucasis în care planul posterior este inversant şi cel anterior eversant.

Toate suturile extramucoase nu pot fi decît inversante.

După modul în care sînt trecute firele la sutura monoplan cu puncte separate, se poate distinge: cusătura simplă Lambert; în « U» (O'Connel), în « Z» (Gambee), în «L» (St. Roman), în «X» ş.a.m.d. (fig. 425, 426, 427, 428).

Sutura în 2 planuri se poate utiliza şi pentru anastomoza termino-terminală, dar este folosită mai ales pentru cea latero-laterală (fig. 429).

Sutura în 2 planuri presupune obligator un strat total sau mucos cu catgut şi un strat extramucos cu fir nerezorbabil. Ea se poate executa cu puncte separate

după tehnica Joubert-Lambert sau Albert-Czerny sau cu fir continuu după tehnica Toupet sau« standard ».

Deşi suturile în 2 planuri sînt mai etanşe, au dezavantajul de a fi ischemiante şi stenozante, ceea ce a făcut să fie utilizate numai în anastomozele latero-laterale (vezi fig. 429).

Orice enterectomie ce depăşeşte 2—3 cm lungime se face cu rezecţie segmentară de mezenter şi presupune pe de o parte un timp mezenteral, cu ligatura şi secţiunea pediculilor vasculari şi unul intestinal de exereză propriu-zisă a intestinului (vezi fig. 430 şi 431).

îndepărtarea unui segment intestinal din circuit fie în scop plastic fie în scop curativ, este în mod firesc urmată de restabilirea tranzi ului intestinal. Ea se poate realiza în 3 maniere: prin sutura cap la cap (entero-enterostomie termino- terminală); fie prin sutura capătului proximal într-o breşă nouă, creată în lungul axului intestinal al capătului distal (entero-enterostomie termino-laterală); fie, în fine, prin sutura a 2 breşe longitudinale create la nivelul feţelor laterale a celor 2 capete intestinale (anastomoza latero-laterală) (fig. 432).

Anastomoza termino-terminală, cea mai anatomică şi fiziologică poate fi executată simplu şi rapid (fig. 433, 434, 435 şi 436), începîrid cu orientarea

şi fixarea capetelor ce se realizează cu 2 puncte de sprijin la nivelul marginii me- zostenice şi respectiv antimezostenice. Tracţionarea lor împarte circumferinţa în două părţi egale, uşurînd sutura şi evitînd stenozarea ansei la acest nivel. Personal consider că sutura cea mai bună este cea monoplan cu puncte separate dispuse la cel mult 3—4 mm distanţă între ele.

Sînt autori care recomandă după cele 2 puncte de sprijin încă 2 la jumătatea distanţei dintre primele, împărţind astfel circumferinţa în 4 segmente egale, pentru o mai bună afrontare.

Dacă pentru executarea anastomozei se foloseşte o cusătură în 2 planuri, primul poate fi mucos sau total, iar al doilea seromusculos.

Anastomoza termino-terminală aseptică urmăreşte suprimarea completă a timpului septic, solicită un instrumentar special (pense strivitoare) şi este utilizată cu totul excepţional, motiv pentru care nu merită o descriere mai amplă.

Anastomoza latero-laterală se poate utiliza în scop de restabilire a tranzitului, după enterectomie (cînd cuprinde un timp în plus, acela de închidere a capetelor intestinale). O astfel de anastomoză prezintă o serie de dezavantaje, printre care amintim: timpul îndelungat de execuţie; sacrificarea unor porţiuni mai mari de intestin; în fine la nivelul capetelor (bonturilor) se produce o supra-încărcare cu stagnarea conţinutului şi alungirea lor, ce poate să ducă uneori la instalarea unui « sindrom de ansă oarbă ». Procedeul Poth este creat să combată acest neajuns (fig. 437).

Execuţia acestei anastomoze se realizează prin punerea în contact a celor două capete — izoperistaltic — şi fixîndu-se între ele cu 2 puncte de sprijin ce se plasează de obicei la distanţă de limitele gurii de anastomoză.

Apoi pe pense de coprostază (lipsesc în figură pentru claritatea imaginii) se execută primul strat al cusăturii: seromusculos al planului posterior cu surjet sau fire separate.

Deschiderea ambelor anse cu bisturiul la 0,8—1 cm de linia cusăturii sero-* musculoase. Mucoasa se va deschide cu 1 cm mai puţin decît secţiunea pianului seromuscular. Dacă al doilea plan se face cu surjet total împiedicat nu mai sînt necesare puncte de hemostază înainte de secţiunea mucoasei, şi el se continuă pe tranşa anterioară după care se reia, schimbîndu-se instrumentele şi mănuşile sutura planului seromuscular.

Avantajele enteroanastomozei Poth (mai etanşe, nu există punct critic nu predispune la stenoze) sînt contracarate de dezavantajele lungimii operaţiei şi acest lucru o face să fie din ce în ce mai puţin utilizată.

Odată anastomoza terminată, indiferent de tipul ei, este imperios necesară sutura breşei mezenterice cu cîteva puncte separate trecute cu grijă pentru a nu leza reţeaua vasculară. închiderea breşei mezenterice previne angajarea anselor prin orificiul artificial creat (fig. 436).

GREFELE DE OVAR ŞI ENDOMETRU

în general, prinderea şi supravieţuirea grefelor de ovar şi endometru se fac în aceleaşi condiţii biologice ca pentru orice grefe. Astfel:

— heterotransplantele sînt totdeauna eliminate sau repede resorbite (după dimensiunile mai mari sau mai mici ale grefei) şi nu au nici o eficacitate;

— homotransplantele, chiar dacă au şanse de a prinde, reuşita nu este de obicei de durată, decît asigurînd cele mai riguroase măsuri de compatibilitate umorală şi tisulară (cum ar fi similitudinea de grup sanguin, inclusiv Rh dar şi antigenii HL-A din sistemul de histocompatibilitate umană; altminteri numai efectuarea de grefe de la surori, de la mamă sau copil pot prinde şi avea şanse de a se menţine);

— autotransplantele prind şi se menţin aproape totdeauna[18]. Ele se nutresc la început exclusiv prin difuziune; de aceea este necesar ca grefonul să fie tăiat în lame subţiri, pentru a i se înări suprafaţa de contact. Prinderea grefonului este asigurată

[18] C. Stanca dădea un procent (pe 69 de cazuri) de prindere şi supravieţuire a autotrans- plantelor ovariene de 98,5%.

de pătrunderea capilarelor în interiorul fragmentului: de aceea este necesar ca grefele să fie incluse în regiuni cît mai bine vascularizate.

Deosebit de aceste condiţii, grefele de ovar şi endometru mai ridică însă o serie de probleme speciale. Astfel s-a observat că grefa de ovar prinde cu atît mai bine, cu cît organismul receptor se găseşte în carenţă de steroizi sexuali (ceea ce presupune — prin lipsa de frenare hipofizară—un nivel înalt al gonadotrofine- miei), cu condiţia, însă, ca această carenţă să nu fie de prea mult timp instalată.

Efectul transplantului ovarian se apreciază mai bine, evident, cînd uterul este conservat; lipsa acestui organ constituie, dealtfel, după părerea unor autori, chiar o condiţie defavorabilă prinderii şi supravieţuirii grefei ovariene.

Ovarul grefat, lipsit de legăturile sale nervoase, are tendinţa, cînd grefa prinde, la o dezvoltare neregulată, în puseuri aritmice: foliculii ajung în parte la maturaţie cu formarea de false corpuri galbene (chisturi foliculare luteinizate), sau la un lung proces de atrezie. Consecinţele transplantării ovariene sînt în funcţie de vîrsta receptoarei şi de prezenţa uterului: sub 40—43 de ani, cînd uterul este conservat, apariţia menstrelor constituie regula (pest£ 70% din cazuri), după un interval de latenţă de cîteva luni (în medie 3—5 luni de la grefare). Durata activităţii grefei este variabilă: ea depăşeşte rareori 1—2 ani, dar cu avantajul de a determina o menopauză gradată, asemănătoare celei naturale (prin opoziţie cu castrarea chirurgicală).

Grefa de endometru necesită şi ea unele condiţii speciale: de pildă prezenţa hormonilor estrogeni la un nivel satisfăcător. Experimental s-a arătat că grefele de fragmente uterine la masculi normali sau castraţi degenerează repede, în timp ce ele prind şi evoluează la masculii castraţi şi feminizaţi (Pettinari).

AUTO- ŞI HOMOGREFA OVARIANĂ

Absenţa congenitală a ovarelor este rarisimă, iar chirurgia ginecologică modernă evită pe cît posibil exereza ovarelor, în epoca de activitate sexuală a femeii. Altădată, cînd indicaţia castrării chirurgicale era mult mai largă, iar hormonoterapia nu dispunea de o gamă atît de largă de preparate, ovarele au făcut obiectul a numeroase încercări de grefare. într-adevăr, pentru cea mai mare parte din cazuri, grefa de ovar este legată de intervenţiile radicale. în cursul histerectomiilor totale sau anexectomiilor duble pentru abcese tubo-ovariene (tuberculoase sau cu germeni banali) se realizează uneori grefe involuntare: mici fragmente din corticala ovarului rămîn aderente, sau nu pot fi detaşate de pereţii excavaţiei; Lipschutz a arătat că orice « minimum» de ţesut ovarian creşte prin acumularea secreţiilor adenohipofizare, ceea ce explică evoluţia, uneori avantajoasă (prin înlăturarea semnelor de carenţă hormonală), alteori defavorabilă (prin degeneres- cenţa chistică şi durerile ce o însoţesc). Grefa chirurgicală, făcută cu bună ştiinţă, care ne interesează în acest capitol, nu este în genere decît un act efectuat, fie în scop profilactic, ca timp complementar al castrării, fie în scop curativ, la un interval mai lung sau mai scurt după instalarea tulburărilor legate de menopauza artificială. Grefele ovariene se fac, fie sub forma de autotransplante, locale: pediculate sau libere (în trompe, în cavitatea uterină), sau la distanţă (în ţesutul celular subperitoneal, pararenal, în teaca drepţilor abdominali, în epiploon, splină, ţesutul submamar, în buzele mari etc.), fie sub formă de homotransplante (în foiţa posterioară a ligamentelor largi, în ovare; sau, alegîndu-se aceleaşi sedii, la distanţă, ca pentru autotransplante).

Principii şi eficienţă. Dintre toate funcţiile organelor genitale feminine, numai funcţia ovarelor contează pentru menţinerea integrităţii neuroendocrine, dar nu este mai puţin adevărat că un echilibru perfect poate fi asigurat doar cînd această funcţie este «de calitate». Cu alte cuvinte, grefele de ovar se găsesc în principiu pe deplin justificate, pentru a supleea sau îndepărta infirmitatea femeii castrate; eficienţa lor, însă, este, în toate cazurile, departe de a putea fi comparată cu a ovarului sănătos, in situ.

Dacă funcţia ovariană se întîlneşte în clinică, adesea tulburată de congestie, edemul sau aderenţele datorite infecţiilor de vecinătate (fără a mai vorbi de leziunile inflamatorii sau tumorale distructive), este uşor de înţeles că dezvoltarea, în genere sclero-chistică, după revascularizarea fragmentelor de ovar grefate (deseori purtătoare de leziuni distrofice încă înainte de grefare, leziuni ce au şi impus castrarea), nu poate asigura o funcţie de calitate.

Indicaţii. Cunoştinţele actuale de fiziologie şi fizio-patologie, care stau la baza chirurgiei conservatoare, precum şi progresele hormono- şi chimioterapiei, au limitat, atît indicaţiile castrării (foarte frecvente într-o vreme nu prea îndepărtată, pentru leziuni inflamatorii şi chiar pentru indicaţii mai discutabile încă: nevralgii pelviene, «ovarită sclero-chistică» etc.), cît şi consecinţa ei, grefele ovariene, profilactice sau curative. Acest «respect» pentru ovare, nu numai că limitează azi foarte mult indicaţia autografelor ovariene, dar el pune, teoretic cel puţin, operatorul în următoarea dilemă: sau ovarul (dacă nu, măcar o porţiune din el) este de aspect normal şi atunci este preferabil să fie lăsat pe loc, păstrîndu-i-se pediculul infundibulo-pelvian. sau este într-atît compromis, încît nu poate fi utilizat nici pentru grefă.

In cazul în care, pentru un motiv sau altul, odată cu anexectomia bilaterală, se practică şi o histerectomie, este preferabilă, autografei ovariene, implantarea profilactică a comprimatelor de estrogeni (25 mg propionat de estradiol sau 100 mg distilben), tot în teaca muşchilor drepţi abdominali. Ea are aceleaşi efecte, poate pe o durată mai lungă, şi fără discontinuitatea grefelor (perioadă de revasculari- zare, activitate ciclică), iar histerectomia constituie garanţia că acumularea sau epuizarea hormonală nu poate da accidente hemoragice.

Contraindicaţii. Experienţa clinică de pînă acum a arătat că:

—tocmai în leziunile genitale ce indică extirparea ovarelor (de pildă neoplasmele uterului), acestea, fiind suspecte sau chiar degenerate, nu pot fi grefate;

—în absenţa uterului grefa ovariană prinde mai greu şi dă rezultate mai slabe;

— în prezenţa ovarului opus (sau a unui rest de ovar păstrat in situ) auto- grefa nu prinde şi nu are sens.

Condiţii de efectuare. Acestea sînt în funcţie de etiologia tulburării funcţionale, sau de intervenţia operatorie pe care grefa o completează. Astfel, s-a văzut că histerectomia indică mai degrabă implantarea comprimatelor de estrogeni, decît o grefă ovariană. Autografa profilactică în cursul sau imediat după o anexectomie bilaterală se face subperitoneal, în teaca muşchilor drepţi, sau în ţesutul celular subcutanat, cu ocazia închiderii peretelui.

Pentru homografe anestezia locală este suficientă, iar sediul de ales este ţesutul celular subcutanat (de pildă în regiunea inghinală, fiindcă este o regiune uşor accesibilă şi controlabilă; în ţesutul submamar sau în buzele mari este mai puţin recomandabil, grefa putînd deveni dureroasă).

Homografele mai pun însă o serie de condiţii speciale, în ce priveşte prelevarea şi conservarea materialului de implantat. în principiu, trebuie ales pentru grefă unul sau mai multe fragmente de ovar sănătos. Ovarul de grefat nu poate fi deci recoltat de la purtătoarea unui cancer genital, unui fibrom sau unei anexite insuficient stinsă; de asemenea, el nu trebuie să provină de la o femeie în pragul menopauzei. Fragmente de ovar sănătos se pot păstra din unele operaţii abdominale efectuate la femei tinere; de pildă, răscroind în jurul chisturilor dermoide o porţiune de aspect normal din corticala ovariană (în cazul în care purtătoarei chistului i-a rămas ovarul opus, normal şi s-a făcut ooforectomie unilaterală), sau prelevînd un fragment de ovar la o operaţie pentru sarcină extrauterină (Bourg). De asemenea se poate obţine material pentru grefă extirpînd ovarele unei nou-născute, moartă accidental în travaliu, sau care nu a putut fi reanimată, ca şi de la femei decedate prin traumatisme (recoltarea făcîndu-se Ia scurt interval după moarte).

Prelevarea acestor fragmente se face chiar de operator, în condiţiile de asepsie ale operaţiei abdominale. Ele se pun imediat într-o cutie Petri sterilă,

în soluţie clorurată izotonică sau hipertonică (10%), sau soluţie de electroliţi, cu sau fără adaos de adenozină, şi se păstrează la răcitor, pînă la implantare.

Pregătirea preoperatorie. Aceasta este în legătură cu operaţia care a impus castrarea în cazul autogrefării profilactice. In cazul încercării unei homografe curative, ar fi indicată, acolo unde posibilităţile permit, o dozare cantitativă de hormoni gonadotropi şi, în eventualitatea absenţei congenitale a ovarelor sau a unei castrări de veche dată, cu nivel scăzut al hormonilor foliculo-stimulenţi şi de luteinizare, un tratament intensiv pre- şi postoperator cu preparate substi- tuindu-i pe aceştia. Grefele experimentale au arătat raţiunea unei astfel de conduite.

Tehnica grefelor libere ovariene. Tehnica implantării grefelor ovariene este foarte simplă. Celiotomia necesară operaţiei în cursul căreia s-a efectuat castrarea chirurgicală se va folosi în cazul auto transplantării şi pentru grefă, alegîndu-se ca sediu al implantării, fie peretele abdominal (ţesutul celular subperitoneal, teaca drepţilor sau ţesutul celular subcutanat), fie marele epiploon, cum recomanda T. Popoviciu (deşi Zondek, Biskind, Lipschutz, M. Aron, Fischer, Wenner etc. au studiat corelaţia hipofizo-ovariană viciată prin implantarea ovarului în calea circulaţiei porte, implantare care face ca hormonii ovarieni să fie inactivaţi de ficat înainte de a trece în circulaţia generală; grefa în epiploon reproduce, din acest punct de vedere, situaţia grefei intrasplenice).

Fragmentul ovarian de grefat este pregătit, fie secţionînd în două de la marginea liberă spre hil, pe meridianul lui cel mare, un ovar extirpat în totalitate, fie prin decorticarea unei porţiuni ovariene de aspect normal de pe tumoarea extirpată care a inclus ovarul. Este bine ca fragmentul să mai fie subţiat (ca să aibă o grosime de circa 2 mm), răzînd cu bisturiul o parte din medulara ovarului; de asemenea se recomandă să se facă gratajul superficial sau scarificarea feţei corticale a fragmentului de grefat, pentru a-i spori adezivitatea.

Dacă s-a ales ca sediu al implantării peretele abdominal, înainte de închiderea acestuia se face o mică decolare în ţesutul celular subperitoneal sau subcutanat cu un instrument bont, de preferinţă la unghiul inferior al plăgii (fig. 438); în ea se va aşeza, fără a-1 traumatiza, şi se va fixa grefonul cu două-trei fire de catgut, după ce ne vom asigura că loja astfel creată nu are tendinţă să sîngereze.

Dacă s-a hotărît fixarea în epiploon, se va plasa fragmentul de ovar cu faţa medulară pe faţa anterioară a epiploonului, aproape de marginea distală a acestuia, pe linia mediană, şi se va acoperi grefa cu marginea liberă a epiploonului ce se fixează, îndoită pe deasupra, cu trei fire de catgut ce trec şi prin ovarul grefat (fig. 439). ^

Evoluţie şi complicaţii. Evoluţia autogrefelor se face progresiv, după o latenţă de 3—5 luni (în care timp grefonul se remaniază). Uterul, în acest răstimp, diminuat de volum, îşi recapătă, paralel cu reluarea activităţii grefei, dimensiunile normale. Menstruaţia se produce uneori regulat, alteori pierderile sanguine sînt separate de intervale de 2—3 luni, sau se reproduc cu totul neregulat. Grefa poate suferi o transformare chistică uneori voluminoasă h Se pare că grefele intraparietale nu devin nici chistice, nici dureroase (M. Cheval), cum se întîmplă adesea cu cele implantate în buzele mari.

Epuizarea sau atrofia grefei se manifestă prin reapariţia valurilor de căldură şi a celorlalte simptome de menopauză. Calitatea fragmentului grefat (ce lasă de dorit cînd grefa provine din ovare anterior lezate) joacă în evoluţia lui un rol principal: s-a susţinut chiar că absenţa cicatricelor de corpuri galbene de pe un ovar este o contraindicaţie de a-1 folosi pentru grefă (Bourg).

Transformările chistice dureroase şi accidentele funcţionale hemoragice (uneori menoragii rebele) îndreptăţesc ridicarea chirurgicală sau iradierea grefelor ovariene disfuncţionale. în cazul transformării chistice, care reprezintă un proces mai mult sau mai puţin obişnuit, senzaţia de tensiune poate fi uşurată prin puncţii.

Rezultate. Deşi scopul autogrefelor ovariene (cînd uterul este conservat) constă în restabilirea menstruaţiei şi evitarea simptomelor de carenţă ovariană, inconvenientul lor cel mai însemnat este «necunoscuta» evoluţiei şi duratei de funcţionare.

într-adevăr rezultatele sînt foarte variabile[19]; în orice caz durata acţiunii grefelor este mai mică decît a ovarului lăsat pe loc; acţiunea autogrefelor este mai puţin satisfăcătoare decît a implantelor de estrogeni, în cazul histerectomiei concomitente castrării, iar

[19] Lewin, controlînd sistematic şi complet eficienţa a 100 de grefe ovariene, dă următoarele rezultate:
prin frotiuri vaginale la 18 % din operate a constatat semne de insuficienţă ovariană şi la 29 % un ciclu bifazic (prin curba termică numai la trei din aceste 29 de operate s-a confirmat însă existenţa unui ciclu bifazic);

acţiunea homotransplantelor este totdeauna mai slabă decît a autotransplantelor (o proporţie notabilă de homografe suferă şi fenomenul amintit, de liză, pentru raţiuni de incompatibilitate umorală sau tisulară).

AUTO- ŞI HOMOGREFA LIBERĂ DE ENDOMETRU

în stadiul actual al cunoştinţelor noastre, grefa de endometru se poate efectua sub forma autotransplantului pediculat endocervical sau de autografă liberă în domul vaginal.

în ce priveşte homografa de endometru, credem că atîta vreme cît nu sînt îndeplinite condiţiile în care homografele pot fi făcute să se menţină, nu se poate vorbi decît de «încercări». într-adevăr, deşi indicaţiile unor astfel de operaţii ar putea fi destul de frecvente (de la intervenţiile plastice pentru absenţa sau malformaţiile congenitale ale uterului, pînă la atrofia mucoasei, sinechiile cavităţii uterine în urma chiuretajelor exagerate, cauterizărilor sau tratamentelor actinice), deşi există comunicate cazuri în care s-au obţinut rezultate durabile (C. Stanca), intervenţia este departe de a fi intrat în rutina ginecologică şi de a întruni avizul unui număr mare de specialişti. Cazurile publicate sînt puţin numeroase şi este foarte probabil că, deşi homografa de endometru a prins, ea nu s-a menţinut mai mult decît homografele cutanate (3—10 săptămîni).

Autografei de endometru în fundurile de sac vaginale, recomandată de către unii autori după histerectomiile totale la femeia tînără, i se pot aduce aceleaşi critici care s-au adus autografei ovariene. în plus, heterotopia endometrială mai prezintă dezavantajul (care conduce în cazul endometriozei spontane la diverse intervenţii) că în vagin mucoasa uterină suferind agresiunile mediului extern (traumatisme, infecţie etc.), operata are mai degrabă de suferit decît de profitat de pe urma acestei intervenţii complementare.

Homotransplantul de endometru se poate încerca într-un număr foarte variat de cazuri, în care apar dezordini funcţionale grave prin absenţa sau atrofia endometrului. Nu credem însă că este deocamdată o raţiune suficientă să se încerce o astfel de operaţie, a cărei reuşită de oarecare durată este mai mult decît problematică, pentru simplul motiv că o femeie nu prezintă flux menstrual.

Condiţiile de efectuare ale operaţiei şi pregătirea preoperatorie, ca şi în cazul grefelor ovariene, sînt legate de multiplele aspecte ale cazurilor ce determină astfel de intervenţii. în principiu, o grefă de endometru nu se va efectua decît după ce ne-am asigurat că există, la femeia în cauză, o activitate ciclică ovariană (pe cît posibil, operaţia trebuie programată în faza foliculinică a unui astfel de ciclu).

Pentru homografele de endometru condiţiile de prelevare şi conservare diferă de asemenea foarte puţin de cele preconizate pentru homografele ovariene. Fragmentele de endometru pot li prelevate aseptic în timpul unei operaţii cezariene « pure» şi conservate timp de cîteva zile în soluţie clorurată izotonică sau hiper- tonică, penicilinată, cu sau fără adaos de adenozină, la temperatura de circa 4°C.

Tehnica grefelor libere de endometru. Fragmentele de endometru prelevate extemporaneu se fixează, într-un fund de sac vaginal, cu cîteva puncte de sutură foarte fine, după ridicarea mucoasei sau gratajul ei.

Procedeul Mocquot foloseşte pentru autografa de endometru un fragment de mucoasă, prelevat din cavitatea uterului, pe care-1 grefează în bontul cervical.

Se recurge la acest procedeu ori de cîte ori leziunile miometrului, dezvoltate pînă la partea cea mai inferioară a uterului, nu permit croirea unui lambou pedi- culat de endometru.

După ce se extirpă uterul se prelevează din cavitatea lui un lambou de endometru. Plasarea acestui lambou în bontul cervical necesită o anumită preparare. Astfel, secţionarea colului se face în unghi diedru foarte ascuţit; rezultă două lam- bouri — unul anterior şi altul posterior — cît mai înalte. Se evidează cu bisturiul din porţiunea internă a fiecărui lambou atît cît să se creeze, după suturarea lambourilor, un simulacru de cavitate. Fragmentul de endometru se aşază cu faţa mucoasă spre canalul cervical, şi pe deasupra lui se suturează marginile colului. La sfîrşitul operaţiei rezultă un uter în miniatură, căptuşit cu endometru, care asigură pentru un timp o menstruaţie periodică în cantitate mică.

Homotransplantele se pot grefa în cavitatea uterină, fie prin celiotomie, fie prin colpotomie anterioară. După deschiderea cavităţii uterine, printr-o histero- tomie longitudinală, se procedează la repermeabilizarea sau dilatarea canalului cervical, trecînd cîteva dilatatoare Hegar (de jos în sus, sau de sus în jos, după calea de acces aleasă); se asigură hemostaza cavităţii uterine şi se fixează cu cîteva fire de catgut lamboul de mucoasă.

Homotransplantele se mai pot grefa, cu ocazia operaţiilor plastice pentru aplazia vaginală, în capătul proximal al neovaginului (mai ales la metodele Bald- win-Mori şi Baldwin-Aleksandrov), folosind intraoperator calea abdominală (înainte de a închide capătul proximal al ansei excluse), sau secundar, pe calea joasă.

OPERAŢIILE PLASTICE ŞI REPARATOARE ALE FORMEI TRACTULUI GENITAL

Operaţiile plastice şi reparatoare ale formei se adresează cu precădere segmentului distal al tractului genital (vulvă, vagin, col uterin), la care anomaliile congenitale şi traumatismele sînt mai frecvente.

Socotim necesar, înainte de a descrie aceste operaţii, să amintim unele date de anatomie şi embriologie; de asemenea să enumerăm situaţiile anatomo-clinice în care intervenţiile chirurgicale plastice şi reparatoare sînt indicate.

---

din cele 25 de operate ce aveau uterul conservat, la şase menstruaţia nu a apărut deloc după grefă, la 19 au apărut sîngerări cînd regulate cînd neregulate şi la nici una menstruaţia nu a avut caractere regulate, de durată (cinci dintre aceste bolnave au avut nevoie pentru menoragii abundente de cîte un chiuretaj uterin);
la cele 75 de operate ce aveau uterul extirpat a constatat o stingere mai rapidă şi o funcţionalitate mai redusă a grefelor.

1. DATE DE ANATOMIE ŞI DE ORGANOGENEZĂ ALE TRACTULUI GENITAL FEMININ

ANATOMIE

Aparatul genital al femeii adulte prezintă studiului următoarele segmente (cînd este privit din afară înăuntru şi de jos în sus):

— organele genitale externe (vulva);
— organele genitale interne (vaginul, colul uterin, corpul uterin şi trompele);
— glandele genitale feminine (ovarele).

1. *Vulva* (pudendum feminum) este situată în regiunea perineului anterior şi este formată din două perechi de pliuri tegumentare orientate sagital, labiile mari şi mici, ce înconjoară vestibulul vaginei şi ascund sub ele aparatul erectil. Deasupra vulvei, tegumentele acoperite de păr desemnează o proeminenţă triunghiulară *muntele lui Venus* (mons pubis).

Buzele sau labiile mari (labium majus pudendi) sînt două pliuri tegumentare, sagitale, groase de circa 2 cm şi lungi de 8—9 cm, care se unesc anterior dinaintea simfiziei pubiene formînd comisura anterioară (comissura labiorum anterior) la nivelul acestui munte al lui Venus, masă de ţesut adipos bine reprezentat de obicei, compartimentat de prezenţa unor lame elastice provenite din ligamentele rotunde şi ligamentul suspensor al clitorisului. Posterior, cele două labii mari sînt unite înaintea orificiului anal, cam la 2,5 cm, formînd comisura posterioară (comissura labiorum posterior), anterior căreia se află un repliu tegumentar numit frîul labiilor mari (frenulum labiorum pudendi) cu rolul de a lega feţele mediale ale lor. Feţele externe sau laterale ale labiilor mari, convexe, acoperite de păr, sînt separate de rădăcina coapsei respective prin şanţul genito-crural; pielea care îmbracă această faţă a labiilor mari conţine atît glande sebacee cît şi glande sudori- pare din abundenţă. Feţele interne sau mediale sînt glabre, dar bogate în glande sebacee voluminoase; tegumentul neted, rozat, îmbracă aspectul unei mucoase. Ele sînt separate de labiile mici, de către şanţul interlabial (rima pudendi). Relieful labiilor mari este dat de conţinutul fibroadipos (ele avînd rolul de a proteja intrarea în vagin şi aparatul erectil bogat vascularizat), împărţit de numeroase expansiuni ale ligamentului rotund, în care se regăsesc şi fibre musculare, înconjurînd o masă adipoasă divizată în loburi şi uneori un diverticul peritoneal, canalul Ntick, însoţitor al ligamentului rotund (analog canalului peritoneo-vaginal la bărbat, rezultat după coborîrea testiculului în scrot); acest canal de obiecei obliterat poate persista şi deveni sediul herniilor inghino-labiale sau al dezvoltării chistice.

Buzele sau labiile mici (labium minus pudendi) sînt două pliuri cutanate de aparenţă mucoasă, subţiri, mai mult sau mai puţin simetrice, acoperite în mare măsură de labiile mari şi care, prin extremitatea lor posterioară, se prind pe faţa medială a labiilor mari către jumătatea înălţimii lor, astfel că între extremitatea posterioară a labiilor mici şi frîul labiilor mari se delimitează o depresiune numită fosa naviculară (fossa vestibuli vaginae). Anterior, marginea liberă a labiilor mici se divide, formînd prin unirea cu cea de partea opusă dinaintea clitorisului, prepuţul (preputium clitoridis) şi, dinapoia clitorisului, frîul (frenulum clitoridis).

Labiile mici sînt alcătuite din ţesut conjunctiv-elastic lipsit de grăsime, între cele două suprafeţe tegumentare, cu numeroase glande sebacee a căror secreţie albă, cu miros caracteristic (smegma vulvară) se adună în şanţul interlabial.

Spaţiul cuprins între cele două labii mici, alungit, poartă numele de vestibul (vestibulum vaginae) şi poate fi împărţit într-o regiune anterioară, triunghiulară, pe care se află meatul uretral, lacunele vestibulare şi cele două mici orificii de deschidere a glandelor parauretrale Skeene şi posterior de aceasta ostiul vaginii strîmtorat de himen la virgine (membrană incompletă din ruperea căreia rămîn, după începerea vieţii sexuale, caruncului himeneali, apoi după ce femeia a născut, caruncului mirtiformi).

La extremitatea anterioară a spaţiului interlabial se află clitorisul, organ erectil, alcătuit din doi corpi cavernoşi (omologi celor ai penisului) ale căror extremităţi posterioare (crura clitoridis) se inseră pe ramurile ischio-pubiene; în partea lor anterioară se alătură sub simfiză pubiană formînd corpul clitorisului care se termină printr-o extremitate, glandul, parţial învăluită de prepuţ.

Posterior, pe părţile laterale ale ostiului vaginal se află simetric cîte un orificiu de deschidere în vestibul al glandelor Bartholin (glande vestibulare mari, spre deosebire de glandele vestibulare mici ale căror orificii se întîlnesc pe toată mucoasa vestibulară).

Aparatul erectil vulvar mai cuprinde, în afara clitorisului, bulbii vestibulari (bulbus vestibuli) situaţi în baza labiilor mici şi reprezentînd formaţiuni analoage cu corpul spongios al ureterei la bărbat.

Cei doi bulbi se unesc pe dinaintea uretrei prin extremităţile lor anterioare, luînd aspectul general de potcoavă cu concavitatea spre posterior; extremităţile lor posterioare, mai voluminoase, contribuie în erecţie alături de muşchiul con- strictor al vaginului la îngustarea ostiului vaginal şi exprimarea glandelor Bartholin.

Atît aparatul erectil cît şi glandele Bartholin se situează din punct de vedere anatomo-topografic în loja bulbo-clitoridiană (spatium perinei superficiale) acoperită superficial de ţesutul celular subcutanat şi aponevroza perineală superficială (fascia superficialis perinei), iar profund este delimitată de aponevroza inferioară a diafragmei uro-genitale (fascia diafragmatis urogenitalis inferior), care tapetează faţa inferioară a muşchiului transvers profund. Intre cele două formaţiuni fasciale amintite există multiple expansiuni conjunctive de legătură. Tot în această lojă se află cele trei perechi de muşchi superficiali ai perineului: lateral sînt ischio-cavernoşii, care merg de la ramura ischio-pubiană la faţa dorsală a fiecărui corp cavernos, în apropierea fuziunii lor; de la faţa internă a ischioa- nelor la rafeul ano-vulvar (centrul tendinos al perineului) se întind muşchii trans- verşi superficiali; în fine de o parte şi de alta a ostiului vaginal muşchii bulbo-ca- vernoşi sau bulbo-spongioşi (constrictor cunei) realizează un jgheab cu concavita- tea în sus (inserţia lor superioară se face cam la acelaşi nivel cu al muşchilor is- chiocavernoşi, iar cea posterioară pe nucleul central al perineului).

Dacă am înlătura aceşti muşchi ar apărea aponevroza perineală medie (ligamentul Carcasonne, diafragma urogenitală) formată din două planuri suprapuse: un plan inferior, fibros, triunghiular; un plan neomogen, format înainte de ligamentul transvers al bazinului şi înapoi de muşchii transverşi profunzi, întinşi de la ischioane la nucleul fibros central al perineului (între cele două

fascii: fascia uro-genitală superioară, pe faţa profundă a muşchilor transverşi profunzi şi fascia inferioară care, cum am mai arătat, tapetează faţa lor inferioară); cele două fascii se pierd la nivelul centrului tendinos al perineului şi se unesc între ele la marginea posterioară a muşchilor transverşi profunzi, precum şi anterior acestora, înapoia unghiului dintre cei doi corpi cavernoşi, formînd o bandă groasă, întinsă transversal sub simfiza pubiană şi între ramurile ischio-pubiene: ligamentul transvers al bazinului (ligamentum transversum perinei).

Intre ligamentul transvers şi muşchii transverşi profunzi trece uretra şi vaginul; între foiţele diafragmei uro-genitale aproape de ramura ischio-pubiană, se găseşte pachetul vasculo-nervos ruşinos intern (fig. 440). între ligamentul arcuat al pubelui (situat strict sub simfiza pubiană) şi ligamentul transvers este un alt spaţiu prin care trece vena dorsală a clitorisului, iar posterior de ligamentul transvers, odată cu uretra mai trece artera şi nervul dorsal al clitorisului.

în sfîrşit, dincolo de diafragma uro-genitală se găsesc fosele ischio-rectale, limitate către cavitatea abdominală de planşeul pelvian care corespunde muşchilor ridicători anali (levator ani) ce formează de fiecare parte cîte 1/2 de pîlnie cu concavitatea proximală şi avînd în vîrful lor sfincterul striat al anusului, muşchiul orbicular din jurul orificiului anal.

Ridicătorii anali lasă anterior un spaţiu liber, hiatul uro-genital, prin care trec uretra şi vaginul; ei au direcţia oblică în jos, înapoi şi înăuntru şi se desfac de fiecare parte în 3 fascicule: pubo-recto-coccigian, ilio-coccigian şi ischio- coccigian.

Fasciculul sfincterian al ridicătorului, sau pelvi-coccigian se inseră pe faţa posterioară a pubelui, aponevroza obturatorie (şi, intricîndu-se cu ea, urcă pînă la linia nenumită) şi faţa internă a spinelor ischiatice (ceea ce permite să i se descrie 3 fascicule: pubococcigiene, iliococcigiene şi ischiococcigiene), apoi se îndreaptă înăuntru, în jos şi înapoi, ca să se termine pe marginile laterale ale coccisului şi rafeul ano-coccigian.

Fasciculul ridicător sau puborectal (Winckler) este mai intern; el se inseră pe faţa posterioară a pubelui deasupra fibrelor pubococcigiene, încrucişează uretra, pe sub sfincterul ei, apoi vaginul în 1/3 sa medie; de aici fibrele sale se distribuie pe faţa posterioară în 1/3 inferioară a vaginului, în nucleul fibros cen tral al perineului, dar mai ales angajîndu-se între partea profundă a sfincterului extern şi sfincterul intern al anusului, se amestecă cu fibrele longitudinale ale rectului, formează un sept ce vine să se fixeze la piele în marginea anusului (Toma Ionescu).

înapoi planşeul pelvian mai este completat de muşchii ischio-coccigieni, care formează o lamă triunghiulară între faţa internă a spinei sciatice şi marginile laterale ale ultimelor două segmente sacrate şi primelor trei vertebre coccigiene.

Fascia pelviană îmbracă faţa medială a muşchiului obturator intern, pînă la inserţia la nivelul arcului tendinos cu acelaşi nume a muşchiului ridicător anal; de aici fascia pelviană se desface într-o foiţă care coboară mai departe pe faţa medială a muşchiului ridicător anal constituind fascia superioară a diafragmei pelviene (fascia diafragmatis pelvis superior) şi alta care se ridică pe rect, vagin şi vezică, situată sub peritoneu, fascia pelvi-visceralã (fascia pelvis visceralis); pe faţa inferolaterală a muşchilor ridicători anali, coboară fascia diafragmatică pelviană inferioară (fascia diafragmatis pelvis inferior) mult mai puţin semnificativă, abia un perimisium şi despărţind printr-un spaţiu simetric, deoparte şi de alta a rectului, ***fosele ischiorectale.*** Pe peretele lateral al fosei ischiorectale, perete format de muşchiul obturator intern şi fascia sa, cu trei cm deasupra tuberozi- tăţii ischiatice se află canalul ruşinos alkock (canalis pudentalis) format dintr-o dedublare a fasciei obturatoare şi care conţine mănunchiul vasculo-nervos ruşinos intern (fig. 441).

2. Revenind la organele genitale interne, în cea mai mare parte a lor de origine mullerianã, primul component, de jos în sus, cum ne-am propus sã le descriem, este *vaginul;* organul copulaţiei, conduct musculo-membranos, median, de circa 9 cm lungime şi 2 1/2 cm diametru, eminamente elastic, turtit antero- posterior (cu excepţia extremităţii superioare), care se deschide distal, cum arătam, în vestibul prin ***ostium xaginae.*** Direcţia vaginului este uşor curbă, cu concavita- tea posterioară (A. Bethoux) în aşa fel, că peretele lui anterior este ceva mai scurt, pe cînd peretele posterior, este mai lung (vezi figura 442). Vaginul este situat în parte în grosimea vulvei («vaginul perineal»), în parte între cele două chingi ale ridicătorilor anali şi porţiunea şa proximală se află în escavaţia pelviană. Porţiunea superioară («pel- viană») a vaginului este situată între vezica urinară anterior şi rect posterior, în aşa-numitul spaţiu visceral pelvian sub-peritoneal: ţesutul conjunctiv din acest spaţiu se condensează sub forma unei lame, situată între peretele posterior al vaginului şi ampula rectală, formînd septul recto-vaginal.

Din punct de vedere anato- mo-topografic vaginului i se descriu două extremităţi şi două feţe şi anume:

- extremitatea superioară, cupuliformă (fornix vaginae) se inseră pe colul uterin separîndu-1 pe acesta în două segmente: supravaginală şi intravaginală; între porţiunea vaginală a colului şi pereţii vaginali sînt descrise convenţional (în fond nimic nu le separă) patru funduri de sac: anterior, posterior (cel mai adînc) şi două laterale; singurul care vine în contact cu peritoneul este fundul de sac posterior, corespunzînd recesului recto-uterin sau fundul de sac Douglas (partea cea mai declivă a cavităţii peritoneale);

- fundurile de sac laterale vin în raport cu densificările conjunctive din baza ligamentelor largi, crosele uterinelor etc.;

- fundul de sac anterior, cel mai scurt, este în raport cu basfondul vezicii şi se continuă cu faţa anterioară a vaginului, şi ea în raport cu trigonul vezical, în imediata vecinătate a colului uterin; la acest nivel mucoasa vaginală are o zonă triunghiulară, triunghiul Pawlick, lipsită de pliuri, corespunzînd în vezică triunghiului Lieutaud (reper valoros pentru amorsarea decolării în operaţiile pe cale vaginală deoarece cele două organe cavitare sînt separate la acest nivel, doar printr-o lamă subţire de ţesut conjunctiv, septul vezico-vaginal). Distal, faţa anterioară a vaginului este în raport cu uretra;

— faţa posterioară a vaginului vine în raport cu fundul de sac Douglas, cu ampula rectală şi mai jos, direcţiile celor două organe devenind din ce în ce mai divergente, cu canalul anal, de care este despărţită de nucleul central tendi- nos al perineului (formaţiune prismatică a cărei faţă exterioară este acoperită de piele);

— extremitatea inferioară a vaginului se deschide, cum am mai arătat, în vestibul, posterior de uretră şi dinaintea anusului, de care o separă nucleul central al perineului.

Mucoasa care căptuşeşte pereţii vaginali este un epiteliu pavimentos pluri- stratificat, fără glande (deci nu se poate vorbi de o « secreţie» vaginală; scurgerile care provin din vagin sînt în parte produse de glandele colului uterin, în parte extravazate fluide şi celule descuamate din straturile superficiale ale mucoasei); dar prezintă numeroşi receptori senzitivi mai ales în porţiunea juxta-vulvară. Mucoasa se sprijină pe un corion aplicat pe fibrele musculo-elastice, dispuse plexiform şi suferă modificări ciclice, hormono-dependente, în perioada vieţii sexuale a femeii; apoi, după menopauză, o atrofie progresivă.

Configuraţia internă a vaginului este caracterizată de pliurile transversale ale pereţilor săi (rugae vaginalis); cîte o cută longitudinală (columna rugarum) solidarizează anterior şi posterior, pe linia mediană, pliurile transversale.

Extremitatea superioară a vaginului se inseră pe colul uterin (cervix uteri) ce reprezintă partea inferioară a uterului, organul gestaţiei şi parturiţiei, muscu- lo-cavitar, impar şi median.

3. *Colul* de formă aproximativ cilindrică, sau de butoiaş, este împărţit în două porţiuni de inserţia vaginului, care urcă înapoi mai sus decît înainte [20] ; *porţiunea supravaginală* care este în raport înainte cu vezica (prin ţesutul celular lax), înapoi prin fundul de sac Douglas, cu rectul, iar lateral cu bazele ligamentelor largi (parametrele) în care se găsesc arterele uterine, plexuri venoase şi ureterele; şi *porţiunea intravaginală* (portio vaginalis, de unde denumirea folosită în ţările de limbă germană de « portio») ce proemină ca un deget de mănuşe, lung de cca 1 cm, între fundurile • de sac vaginale, avînd în vîrful său ostiul uterin sau orificiul extern al colului (a cărui formă este foarte variată în funcţie de trecutul ginecologic şi mai ales obstetrical al femeii respective). Această porţiune poate fi explorată vizual sau colposcopic, la examenul cu valve sau speculum, sau tactil, prin tactul vaginal (cînd dă senzaţia de consistenţă comparabilă cu cea a vîr- fului nasului).

4. *Istmul* uterin este o porţiune îngustă pe uterul negravid (dar pe socoteala căruia se va dezvolta către sfîrşitul sarcinii segmentul inferior) care separă colul de corpul uterin şi care este mai bine reprezentat antero-lateral decît posterior.

5. *Corpul*, partea superioară a uterului, este piriform, turtit anteroposte- rior, în greutate de cca 50—60 g, lung de 7—8 cm şi lat de cca 4,5 cm; el prezintă o faţă antero-inferioară (ce priveşte spre vezică) şi una postero-superioară (cînd este situat în anteversiune, poziţia cea mai obişnuită a uterului), ambele feţe sînt acoperite integral de peritoneu; o margine superioară convexă sau fundul uterin (deopotrivă acoperită de peritoneu) şi două margini laterale, uşor concave, în raport cu pediculii vasculari şi ţesutul conjunctiv dintre foiţele ligamentelor largi.

Orientarea uterului, variabilă de la o femeie la alta şi la acelaşi subiect în funcţie de starea de vacuitate a organelor vecine (în afara sarcinii bineînţeles; creşterea uterului în timpul sarcinii îi schimbă rapoartele, ca şi în cazul dezvoltării unor fibroame). în ante- sau retro-versie corpul face cu colul un unghi drept sau aproape drept; cînd unghiul depăşeşte 110° dacă este deschis anterior vorbim de ante-versoflexie şi posterior de retro-versoflexie.

Cavitatea uterină, vag triunghiulară pe secţiunea frontală, este virtuală şi prezintă două unghiuri supero-laterale, la nivelul coarnelor uterine, unde se deschid tubele şi un unghi inferior unde se continuă cu canalul cervical, fuziform, care comunică, prin orificiul extern al colului, cu vaginul. Multiple mecanisme biologice fac ca această deschidere liberă, între cavitatea peritoneală şi exterior, prin vagin, canalul cervical, cavitatea uterină şi duetele tubare, să nu fie în chip normal o cale obişnuită a agresiunilor microbiene.

Menţinerea organelor genitale intsrne într-o anumită poziţie, se datoreşte în primul rînd ţesutului conjunctiv pelvian, care reprezintă un ţesut celular de umplere a spaţiilor dintre organele pelviene şi care se condensează în special în jurul pediculilor vasculari, realizînd alevărate teci. Acest ţesut are un net caracter dinamic, datorită modificărilor care trebuie să le sufere pe tot parcursul vieţii sexuale a femeii, pe de o parte adaptîndu-se constant influenţelor hormonale, şi modificărilor din timpul sarcinii şi naşterii, pe de altă parte chiar în timpul stării normale a femeii trebuind să faciliteze umplerea şi golirea vezicii şi rectului şi cu toate mişcările acestor organe să realizeze o adevărată unitate anatomică şi să susţină organele conţinute în pelvis. Poziţia ortostatică specifică speţei umane a impus staticii utero-vaginale şi ţesutului fibrocelular de susţinere din pelvis anumite condiţii de orientare, necesare pentru a rezista mai bine presiunilor exercitate de greutatea viscerelor abdominale, al cărui efect poate fi agravat de creşterea, în eforturi, a presiunii abdominale.

O caracteristică a ţesutului celular pelvian este şi aceea că se concentrează în jurul vaselor principale, recte a arterei hipogastrice şi multiplele-i ramuri viscerale şi parietale (arterele hemoroidale medii, utero-vaginale, vezicale etc., dar şi pe lîngă arterele vestigiale ca arterele ombilicale) realizînd astfel aşa-numitele aripioare vasculo-fibroase, simetrice, care vor delimita cele trei loji viscerale ale bazinului: loja vezicală, utero-vaginală şi rectală. Aceste loji sînt limitate lateral prin densificarea ţesutului fibro-celular, în sens sagital, sub forma a două lame sacro-recto-genito-pubiene (Delbet). Aceste lame paralele au originea posterioară, pe faţa anterioară a sacrului, dar cu cît înaintează spre pubis lamele se subţiază, îşi pierd din importanţă, devenind aproape inexistente pe părţile laterale ale vezicii urinare. în structura acestor lame, cunoscute sub numele de ligamente utero-sacrate, intră într-o anume ordine (vezi fig. 444 B) elemente nervoase (plexul hipogastric), elementele vasculare destinate rectului şi tractului genital şi elementele fibro-conjunctive care sînt situate în partea cea mai internă, se vor uni pe partea posterioară a colului formînd torus uterinus.

în sens transversal, ţesutul celular pelvian se condensează sub forma a 4 lame şi anume, dinainte înapoi:

- aponevroza ombilico-prevezicală inclusă între vestigiile arterelor ombilicale ;
- septul vezico-vaginal, zis şi fascia Halban, o prelungire a tecii hipogastrice şi care este mai subţire în plan strict median decît lateral (deci uşor clivabilă şi sugerînd întărirea prin dedublare);

20 După comparaţia Iui Farabeuf colul este inserat de vagin ca un ou pus strimb într-un păhărel.

— septul recto-vaginal (sau fascia prerectală descrisă de Toma Ionescu) şi
— lama recto-sacrată.

Aparatul de susţinerea cervico-vaginală, reprezintă cheia de boltă a întregii statici pelviene: prolapsul peretelui vaginal anterior antrenează uretra şi vezica (cisto-uretrocel ceea ce făcea pe Sâvulescu să susţină că « vezica urmează destinele uterului»); cel al peretelui posterior vaginal antrenează rectocelul.

Condensarea celulo-fibroasă laterală, care conţine şi fibre musculare netede | şi se află în baza ligamentelor largi, cunoscută mai ales sub numele de *para- metre*, are o distribuţie areolară (conţinînd voluminoase pachete venoase şi limfatice, ureterele, iar în extremitatea lor laterală formează o tramă cu traiect orizontal pentru ramurile sistemului hipogastric), reprezintă un mijloc de fixare al viscerelor la peretele pelvian, prin intermediul vaselor şi este format de fibre ce se intrică pe de o parte în structura istmului şi colului uterin, dar mai ales a treimii superioare a vaginului, pe care le ancorează astfel la peretele pelvian, iar pe de altă parte se continuă în sus, pierzîndu-se în teaca hipo- gastrică. Funcţiile principale ale parametrului, în afara sarcinii (importanta funcţiei obstetricale o lăsăm voit deoparte, pentru ea pledează hipertrofia masivă la gravide şi regresiunea structurală ce succede naşterii) constau deci în fixarea uterului şi protecţia vascuiarizaţiei pelviene.

Ţesutul parametral prezintă într-adevăr unele condensări descrise sub denumirea improprie de ligamente; astfel părţile transversale sînt cunoscute si ca ligamente Mackenrodt, sau ligamentele cardinale (Kocks). Ele ancorează foarte bine segmentul cervicoistmic al uterului, lăsînd în acelaşi timp corpului uterin o reală mobilitate, utilă faţă de repleţia vezicală sau rectală, dar mai

ales pentru creşterea lui în timpul sarcinii. Structura anatomică areolară nu are într-adevăr deloc aspectul unui ligament; aceasta nu înseamnă că masa importantă, dar distribuită difuz, de fibre colagene, elastice şi musculare netede este lipsită de soliditate. în plus acesta nu este unicul mijloc de fixare a uterului: repartiţia presiunilor în cavitatea peritoneală, graţie conţinutului mare de apă al viscerelor, se face aproape egal în toate direcţiile, iar diafragma exercită la omul în picioare o presiune negativă.

Ligamentele largi au şi ele un rol prin mărirea suprafeţei pe care se sprijină în efort viscerele (suprafaţă perpendiculară pe vagin cînd uterul este în anteversie şi care depăşeşte lateral cu mult hiatul uro-genital). în sfîrşit coeziunea peritoneului cu peretele pelvian subiacent este foarte puternică datorită existenţei acţiunii de suprafaţă (Langreder) şi consolidării conjunctive subseroase în micul bazin (Delbet) şi mai puţin prin ligamentele lombo-ovariene şi rotunde (acreditate altă dată şi cu o semnificaţie de aparat de suspensie) ce au mai mult rolul de orientare a corpului uterin, mobil.

ORGANOGENEZA

Prin fecundare se reface «zestrea» genetică a speciei. Totodată în momentul fecundării se stabileşte şi sexul genetic al individului: cariotipul pentru specia umană este 46 xy pentru sexul masculin şi 46 xx pentru sexul feminin.

Ohno susţine că operonul determinant al diferenţierii s-ar afla pe cromozomul x pentru ambele sexe, cromozomul y acţionînd prin gene regulatoare (cu sediul pe braţul scurt) ce dezinhibă operonul care duce la sinteza de en- zime cu rol în producerea hormonilor androgeni.

La embrionul 46 xx diferenţierea se face spontan către ovar, dar aceasta este menţinută prin prezenţa genelor regulatoare, conţinute de x-ul heterocroma- tic. Cel de al doilea cromozom x se inactivează încă din săptămîna a 3-a de viaţă embrionară, rezultînd x-ul heterocromatic, deci cu mult înainte de diferenţierea ovarului care începe din săptămîna a 8-a.

Această inactivare respectă, însă, celulele germinale; şi se consideră că tocmai genele regulatoare de pe x-ul din celulele germinale ar fi responsabile de stabilitatea diferenţierii. După naştere, din milioanele de ovocite, de ordinul I, majoritatea se vor atrofia, numai cîteva ajungînd de ordinul II; în această fază intervine x-ul heterocromatic. în cazul sindromului Turner 45, XO prin lipsa cromozomului heterocromatic, diferenţierea ovariană care se desfăşoară în mod normal în perioada embrionară este « alterată», după naştere, printr-o atrezie a tuturor ovocitelor de ordinul I. Astfel nu se vor mai forma ovocite de ordinul II. Procesul este însoţit şi de atrezia celulelor foliculare perio- vocitare, ajungîndu-se, la pubertate, la un ovar atrezie.

Condiţionarea genetică a diferenţierii feminine a căilor genitale este mai puţin cunoscută decît în cazul diferenţierii masculine. Există o tendinţă spontană spre dezvoltare a canalelor Miiller — formaţiunile embrionare din care provine cea mai mare parte a tractului genital feminin — în lipsa hormonilor androgeni.

Sinusul urogenital — formaţiune embriologică caudală a tracturilor urogenitale masculin şi feminin — este supus unui control hormonal al diferenţierii; acest control făcîndu-se la nivelul acizilor nucleici.

DIFERENŢIEREA OVARULUI

Către mijlocul săptămînii a 3-a se individualizează celulele germinale primordiale, elementele de origine ale viitorilor gameţi feminini şi masculini. Acestea se formează la exteriorul embrionului în vecinătatea diverticulului alantoidian. în cursul săptămînii a 4-a prin înrularea ventrală a extremităţii caudale a embrionului, celulele germinale primordiale vor fi « mutate» intraembrionar. Totodată prin mişcări de tip ameboid ele migrează în peretele anterior al intestinului posterior, apoi înconjoară feţele laterale ale acestuia (ziua a 26-a) şi (în ziua a 28-a) străbat mezenterul, ajungînd în faţa aortei dorsale, la nivehil mezonefrosului. în timpul migraţiei, celulele germinale primordiale se şi multiplică. Astfel, Witschi găseşte 30—50 gonocite în stadiul de 13 somite, 109 în stadiu de 16 somite şi 451 în stadiul de 38 somite.

Faptul că în final cea mai mare parte a celulelor germinale primordiale se regăsesc în creasta genitală, a făcut să fie emisă ipoteza prezenţei unui chimiotactism al crestei genitale pentru aceasta, dar nu a putut fi izolată nici o substanţă propriu-zis responsabilă. Creasta genitală apare în cursul săptămînii a 4-a sub forma unei proeminenţe între mezonefros şi mezenterul dorsal. In urma lucrărilor lui Gropp şi Ohno (1966) originea crestelor genitale pare să fie de natură mezenchimatoasă după ce, teorii mai vechi susţineau originea celomică sau mixtă (mai cunoscută teoria lui Witschi — celomico-mezenhimatoasă).

O secţiune prin creasta genitală ar evidenţia în centru tubii mezonefrotici înconjuraţi de blastemul paramezonefrotic, la rîndul lui înconjurat de celulele germinale primordiale, totul învelit în celom.

Gonada nediferenţiată este formată deci dintr-un blastem somatic comun şi din celulele germinale primordiale.

Dacă celulele germinale primordiale nu au nici o influenţă asupra celulelor somatice (Burns), iar distrugerea lor nu opreşte dezvoltarea gonadei şi face numai ca aceasta să fie sterilă (Benoit), soma pe lîngă acţiunea de atracţie a celulelor germinale are şi un rol în diferenţierea acestora.

Diferenţierea schiţei gonadale către ovar începe în săptămîna a 8-a. După Gropp şi Ohno celulele foliculare îşi au originea în blastemul comun paramezonefrotic. In poziţia corticală celulele germinale primordiale suferă un proces proliferativ. De asemenea, celulele somatice prezintă o proliferare importantă, care se face sub formă de cordoane, în direcţia celulelor germinale primordiale (probabil aşa-numitele clasic cordoane Valentin-Pfliiger, numai că direcţia de migrare ca şi originea celulară sînt diferite). Cordoanele astfel formate înconjură gonocitele primordiale, care progresează centripet. Porţiunea cea mai internă a gonadei este lipsită de celule germinale primordiale. De asemenea celulele somatice nu ajung în poziţiile cele mai superficiale, celulele germinale primordiale cu această localizare vor degenera.

Deşi organul a devenit ovar pînă ce acesta să devină funcţional, la pubertate, vor mai trece un număr de ani.

DIFERENŢIEREA CĂILOR GENITALE FEMININE

Spre deosebire de glandele genitale (testicul şi ovar) care au aceeaşi schiţă embriologică, căile genitale masculine şi feminine au origine diferită reprezentată de cordoanele Wolff şi respectiv Miiller; numai porţiunile terminale ale celor două tracturi avînd din nou origine comună în sinusul uro-genital.

Sinusul uro-genital ia naştere prin septarea unei cavităţi entoblastice, în care se deschide anterior alantoida şi posterior — intestinul posterior, numit cloacă.

Mecanismul de cloazonare al cloacei (fig. 445) a fost descris amănunţit de Solere în 1969; din entoblastul peretelui anterior al cloacei se formează, migrează şi se dezvoltă, în mezenchimul tuberculului cloacal, pe care îl va înlocui complet în porţiunea sa inferioară, o formaţiune numită lama entoblastică cloa- cală. Partea antero-superioară a acesteia suferă un proces de vacuolizare. Partea postero-inferioară se uneşte în ziua a 42-a cu pintenul alantoidian, formaţiune mezenchimatoasă ce desparte alantoida de intestinul posterior. Membrana cloa- cală rămîne posterior de peretele nou format devenind membrană anală, închi- zînd rectul — camera posterioară derivată din cloacă.

Vacuolizarea descrisă dă naştere unei cavităţi cu sediul în partea infero- mediană a tuberculului cloacal în legătură cu camera anterioară derivată din cloacă — sinusul urogenital. Acesta este închis de membrana urogenitală de natură ento- şi ectoblastică.

Evoluţia ulterioară se face prin invadarea mezoblastică (din pintenul alan- toidian) a lamei entoblastice cloacale pînă la lama epiblastică dintre cele două membrane urogenitală şi anală; astfel va lua naştere perineul (fig. 446).

In săptămîna a 8-a se poate face o împărţire a sinusului urogenital, în care se deschid în acest moment canalele Wolff, ureterele şi alantoida, într-o porţiune superioară — sectorul vezicourinar şi o porţiune inferioară, caudal de deschiderea canalelor Wolff, la început efilată, apoi ampulară deasupra membranei urogenitale, numită sectorul genital.

In ceea ce priveşte canalele Miiller acestea apar bilateral la embrionul uman indiferent de sex, în stadiul de 10 mm (săptămîna a 6-a) ca o invaginare a epiteliului celomic în mezenchim, lateral de, şi către extremitatea cranială a duetului mezonefrotic.

Deschiderea în cavitatea celomică a duetului miillerian va persista la femeia adultă sub forma ostiumului abdominal al tubelor uterine.

Pentru dezvoltarea canalului Miiller un rol esenţial îl are canalul Wolff apărut încă din săptămîna a 4-a. De asemenea Didier remarcă necesitatea prezenţei ostiumului pentru dezvoltarea subiacentă a canalelor Miiller, lipsa acestuia antrenînd o agenezie miilleriană.

Porţiunea caudală a invaginaţiei formează un mugure de celule care merge din mezenchimul lateral paralel cu duetul Wolff. în porţiunea cranială a mugu- relui apare un lumen în continuare cu ostiumul celomic. La capătul caudal al mezonefrosului, canalul Miiller încrucişează anterior duetul Wolffian, devenit din lateral-median, continuă apoi să crească caudal.

în săptămîna a 8-a, canalele Miiller ating sinusul urogenital fără însă a se deschide în acesta. Dealtfel, porţiunea caudală a canalelor Miiller este plină, formînd un cordon celular. La punctul de atingere dintre canalele Miiller şi sinusul-urogenital, peretele acestuia din urmă se îngroaşă formînd tuberculul Miiller în această perioadă canalele Miiller sînt numai apropiate unul de celălalt fără a exista o coalescenţă între ele. Alipirea lor se realizează în săptămîna a 10-a, iar resorbţia peretelui despărţitor în săptămîna a 12-a. Extremităţile caudale, pline, ale canalelor Miiller vor fuziona în săptămîna a 13-a.

Canalele Miiller pot fi divizate în 3 porţiuni: cranială (cu traiect longitudinal), mijlocie (cu traiect transversal) — aceste 2 porţiuni dau naştere trompelor — şi caudală (cu traiect din nou longitudinal). Această a 3-a porţiune se alipeşte cu homonima ei în porţiunea lor mijlocie. Fuziunea se întinde cranial şi caudal dînd naştere canalului utero-vaginal.

Canalul utero-vaginal, care este legat de trompe printr-un mic segment de canal Miiller, ce va da naştere bilateral coarnelor uterine, creşte în lungime şi se turteşte antero-posterior; el va forma corpul uterin şi istmul.

în porţiunea sa inferioară canalul utero-vaginal se turteşte şi mai pronunţat, pereţii anterior şi posterior se sudează de jos în sus formînd lama epitelială a vaginului (Koff).

Originea embriologică a acesteia nu este unanim acceptată şi dezvoltarea embrionară a vaginului rămîne în stadiul de ipoteze, foarte variate după diferiţi autori:

a) originea miilleriană în întregime (Biilmer);
b) originea wolffiană în întregime;
c) dezvoltarea în totalitate din sinusul urogenital;
d) origine miilleriană, înlocuită de proliferarea sinusală;
e) origine superioară miilleriană şi inferioară sinusală: din tuberculul Miiller se formează o masă celulară compactă constituind bulbii sino-vaginali (Koff) creşterea acestora ar duce la umplerea părţii inferioare a canalului utero- vaginal şi la apariţia lamei epiteliale a vaginului, a cărei origine ar fi astfel sinusală;
f) origine sino-wolffo-miilleriană (Hamilton) susţinută prin prezenţa de celule wolffiene la nivelul bulbilor sino-vaginali.

Oricum ar fi situaţia, în realitate, la debutul lunii a V-a lama epitelială a vaginului, prin vacuolizare în porţiunea sa superioară dă naştere unei cavităţi de forma unei cupe, ce pătrunde în mezenchimul din jurul istmului uterin. Această cavitate este expresia viitoarelor funduri de sac vaginale. între săptămîna a 18-a şi a 22-a procesul de vacuolizare cuprinde şi restul lamei epiteliale, individuali- zînd astfel vaginul ce rămîne separat de sinusul urogenital prin membrana himenală derivată din tuberculul Miiller.

2. OPERAŢII PLASTICE Ş] REPARATOARE ÎN ANOMALII CONGENITALE Şl CÎŞTIGATE ALE TRACTULU1 GENITAL FEMININ

Anomaliile morfologice ale tractului genital sînt, fie congenitale, fie cîşti- gate. Vom trece în revistă tratamentul anomaliilor congenitale, în funcţie de sediul lor, pe cînd pentru cele cîştigate vom căuta a preciza indicaţiile de tratament în funcţie, atît de sediu, cît şi de etio-patogenia lor.

ANOMALIILE MORFOLOGICE CONGENITALE ALE VULVEI

Cele mai frecvente (relativ) sînt hipoplazia şi hipertrofia vulvară, anusul vulvo-vestibular şi ureterele vulvare.

Hipoplazia vulvei îmbracă aspecte variate:

— buzele mici pot depăşi cu mult pe cele mari, care sînt subţiri, fără grăsime;

— pubis fără grăsime, buze mari absente, cele mici scurte, clitoris de dimensiuni reduse;

— cele de mai sus însoţite de profunzime anormală a fosei naviculare şi a centrului perineal (care normal este înalt de 3—4 cm).

Hipoplazia vulvei nu necesită prin ea însăşi tratament; la ea se pot însă asocia semnele de infantilism generalizat (somatic şi psihic), deseori şi alte malformaţii, trădînd o tulburare genetică profundă, în care tratamentele hormonale rămîn fără efect.

Accidentele datorite hipoplaziei vulvare (rupturi traumatice, rupturi la naştere) necesită ca tratament plastia perineală.

Hipertrofia vulvei (a buzelor mari şi mai adesea a celor mici, sau a ambelor perechi) se întîlneşte mai frecvent la anumite popoare (hipertrofia buzelor mici la hotentote); tratamentul ei este simplu: excizia chirurgicală a ţesuturilor în exces, urmată de sutură.

Deschiderea ureterelor în vulvă, foarte rară (după Snoeck şi Ghilain ar fi publicate numai 33 de cazuri), necesită transplantarea lor pe cale abdominală. Tehnica nu diferă cu nimic, în aceste cazuri (vezi reimplantarea ureterelor), de cea folosită în secţiunea accidentală a ureterului.

Atenţia operatorului trebuie să fie atrasă de:

—respectarea vascuiarizaţiei conductului ureteral;

-—păstrarea bontului suficient de lung, pentru a evita punerea în tensiune la punctul de implantare.

Anusul vestibulo-vulvar se produce prin dezvoltarea incompletă a septului uro-rectal. Sînt cunoscute două varietăţi clinice:

— deschiderea rectului şi în vestibul şi în anusul normal situat (tratament: ca pentru fistulele recto-vaginale);

—- deschiderea numai în vestibul, cu sau fără sfincter.

Această malformaţie, care se operează în condiţii optime în jurul vîrstei de 10 ani, este deci de domeniul chirurgiei infantile.

Anomaliile morfologice congenitale ale himenului sînt explicate de constituţia lui (două mucoase avînd între ele ţesut conjunctiv şi elastic, în proporţie variabilă). Anomalii ca himenul cărnos, cribriform, imperforat, necesită incizia sau excizia (urmată de drenaj vaginal, în caz de hematometrie). Chisturile hime- neale, prin dezvoltarea vestigiilor embrionare, se operează ca şi chisturile para- vaginale.

Anomaliile morfologice congenitale ale clitorisului sînt hipoplazia, hipertrofia şi teleclitoridia. în hipoplazii se obţin rezultate cu testosteron intramuscular (de două-trei ori pe săptămînă 10—25 mg) sau în aplicaţii locale.

În hipertrofia clitorisului se poate practica operaţia Ombrddanne şi Cotte: după circumcizie se secţionează ligamentul suspensor, ceea ce permite coborîrea subpubiană a clitorisului; apoi înfundarca se practică prin reunirea pe faţa dorsală a două lambouri cutanatc prelevate din extremitatea superioară a buzelor mici.

Teleclitoridia, caracterizată printr-o distanţă mai mare de 2 1/2 cm de la meatul urinar, ar indica operaţia descrisă de Halban şi Narjani sub numele de clitoricathezis: incizia în V a pielii deasupra clitorisului; se decolează pielea şi grăsimea, ridicînd lamboul creat în sus pînă la periostul pubisului, pe care se inseră ligamentul suspensor al clitorisului; acesta este secţionat (fig. 447) şi astfel clitorisul poate fi tras în jos, închizînd plaga în Y. Această operaţie este desigur indicată numai cînd teleclitoridia se însoţeşte de frigiditate, dar tocmai atunci rezultatele ei funcţionale sînt îndoielnice.

ANOMALII MORFOLOGICE CONGENITALE ALE URETREI

Acestea sînt foarte rare la femei.

Hipospadiasul, prin dezvoltare incompletă a septului uro-genital, nu necesită în cazurile uşoare nici un tratament; cînd întinderea lui este însemnată, este indicată operaţia plastică, care foloseşte grefa tubulizată de mucoasă vaginală (din peretele anterior), cu sau fără interpoziţia muşchilor bulbo- cavernoşi.

Epispadiasul (cu sau fără diastazis al ramurilor pubiene sau extrofie de vezică) este de domeniul chirurgiei infantile.

Diverticulii, ce pot fi confundaţi cu chisturile paravaginale sau cistocelul, sînt deseori infectaţi sau calculoşi. Tratamentul chirurgical este însă indicat în toate aceste cazuri: în caz de diverticuli ei se disecă şi se rezecă; se suturează şi se lasă o sondă uretrală.

ANOMALII MORFOLOGICE CONGENITALE ALE VAGINULUI

Deoarece aplaziei şi tratamentului ei chirurgical îi rezervăm un capitol special (vezi «Neocolpopoieza») vom cita:

Hipoplazia vaginală care justifică dilatarea progresivă.

Deschiderea vaginului In uretră, frecventă la pseudohermafroditii feminini, cu sau fără adrenocorticism congenital, reproduce o dispoziţie ce se întîl- neşte la embrionul de 106 mm (şi constituie deci oprirea în dezvoltare la această fază). Operaţia constă într-o incizie pe linia mediană a pseudoscrotului (ghidată cu un dilatator Hegar introdus în prealabil în «uretră»): se vede atunci orificiul uretral adevărat şi imediat dedesubt, orificiul segmentului vaginal de origine miileriană. Se face sutura cu puncte separate a mucoasei fostului sinus uro-genital la piele. Postoperator se recomandă dilatarea progresivă a orificiul ui vaginal.

Chisturile paravaginale (ale canalelor Gărtner, din resturile embrionare wolffiene) se găsesc pe pereţii laterali sau posteriori ai vaginului. Ele pot să prezinte din punctul de vedere al exerezei chirurgicale dificultăţi serioase, cînd sînt situate în treimea superioară a vaginului, sau cînd se prelungesc către ligamentul larg. Situaţia lor înaltă a făcut să se recomande o debridare largă vulvară (Moquot şi Palmer), iar pentru prelungirile profunde, următorul artificiu de tehnică (R. şi B. Keller): se face o fereastră în peretele chistului la locul cel mai accesibil şi se suturează mucoasa vaginală la restul de perete al chistului (R. şi B. Keller susţin că procedînd astfel peretele chistului a fost curînd înlocuit, spontan, de mucoasa vaginală.)

Vaginul dublu sau septurile longitudinale (prin lipsa de fuziune a canalelor Miiller) pune problema unei intervenţii chirurgicale cînd malformaţia se însoţeşte de dispareunie, sau cînd este recunoscută în cursul naşterii şi septul reprezintă o jenă în coborîrea prezentaţiei. Operaţia este foarte simplă: ea constă în rezecţia septului, urmată de sutură a pereţilor anteriori şi posteriori ai celor două conducte, care astfel se. unifică.

Septurile transversale sau *diafragmele* vaginale constituie malformaţia cea mai des întîlnită. Explicaţia lor ontogenetică precum şi sediile lor mai frecvente au fost amintite; grosimea diafragmului este de cîţiva milimetri (cînd au o grosime de 1 cm, sau mai mare, nu mai pot fi socotite simple septuri, ci aplazii localizate sau parţiale de vagin). Alături de sediul, mai mult sau mai puţin înalt al septului, un alt caracter anatomo-clinic, prezenţa sau absenţa unei soluţii de continuitate pe sept, face ca anomalia morfologică să ia o serie de aspecte, de la obstrucţia vaginală completă, jos situată, cu criptomenoree, imposibilitatea contactului şi concepţiei (simulînd absenţa congenitală a vaginului), pînă la diafragmele incomplete în faţa colului, deseori recunoscute abia în timpul travaliului.

în principiu trebuie diferenţiate:

— septurile complete, mai rare, însoţite de retenţia menstrelor (hemato- colpos cu sau fără hematometrie şi hematosalpinx), recunoscute ca atare mai ales după antecedente (dureri şi fenomene de distensie ciclice) şi reclamînd pentru precizarea diagnosticului, pe lîngă tactul rectal, o celioscopie sau chiar laparo- tomia exploratoare şi

—: septurile incomplete, mai frecvente, recunoscute cu ocazia unui examen întîmplător sau pentru simptome ca: dispareunie, dismenoree, leucoree (colul uterin, îmbăiat de secreţiile muco-purulente ce drenează prost, este şi el foarte des de tratat în aceste cazuri), precizarea diagnosticului se poate face radiologie, după umplerea segmentului vaginal de deasupra septului cu o substanţă de contrast.

Conduita, în cazul septurilor complete, are un timp preliminar: incizia hematocolposului şi drenajul cu o sondă Pezzer.

Apoi, şi într-un caz şi în altul se va trece la suprimarea septului. Pentru aceasta s-a propus excizia lui (Lecâne); dar intervenţia este prea largă, lasă o cicatrice circulară, adesea stenozantă, şi suprimînd o bună parte din « stofa» septului, scurtează vaginul. Rezultate bune se obţin prin incizii ale septului urmate de sutura perpendiculară, a plăgii astfel create.

Dar cea mai recomandabilă intervenţie este autoplastia după procedeul folosit de A. Granjon: după expunerea septului cu valve se face pe faţa lui distală o incizie în V, cu vîrful spre orificiul creat sau preexistent; se decolează lamboul astfel delimitat şi apoi se prelungeşte incizia sagital (aceasta va avea deci în total forma unui Y răsturnat), pe foiţa proximală a septului. Sutura se începe ducînd vîrful lamboului decoltat la capătul proximal al inciziei şi conti- nuînd de o parte şi de alta sutura plăgii, în sens frontal, eventual punînd pe marginile ce rămîn exuberante cîte un fir în U (fig. 448, 449, 450, 451).

După cum orificiul septului a fost central, sau lateral, se vor face două- trei incizii în Y (una pe 1/2 posterioară şi alta sau altele pe 1/2 anterioară a septului), sau numai una singură (cu braţele V-ului orientate către partea spre care implantarea septului este mai largă).

Suturile se fac cu fire de aţă, setolină sau nylon şi în vagin se lasă o meşă îmbibată cu o soluţie de oestrogeni şi sulfamide ca *în* ovulele Ovestrol (pentru a favoriza vindecarea vaginului); firele se scot la 14—15 zile.

Acest procedeu are avantajul că nu sacrifică nici o părticică din mucoasa vaginală şi este cel mai indicat în diafragmele cu orificiu strimt; i s-au recunoscut însă şi unele inconveniente şi anume că sutura terminală se găseşte în planul septului (deci susceptibilă de scleroză cicatricială), iar punctul cardinal din vîrful lamboului triunghiular are adesea, din cauza tensiunii, tendinţa de a se dezuni.

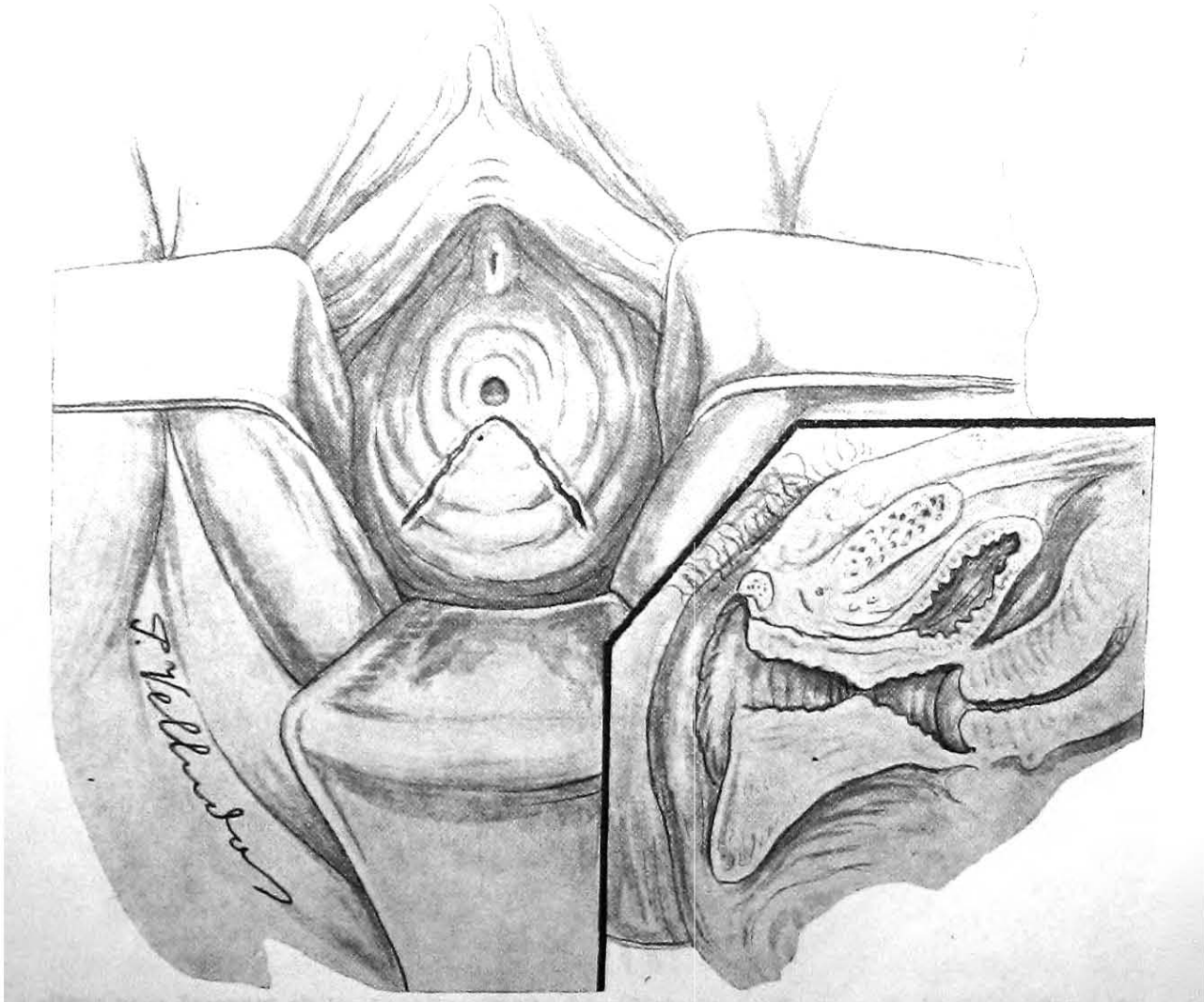


Fig. 448. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Incizia septului pe faţa sa caudală (în V răsturnat).

În cartuş : vederea unui astfel de sept într-o secţiune sagitală.

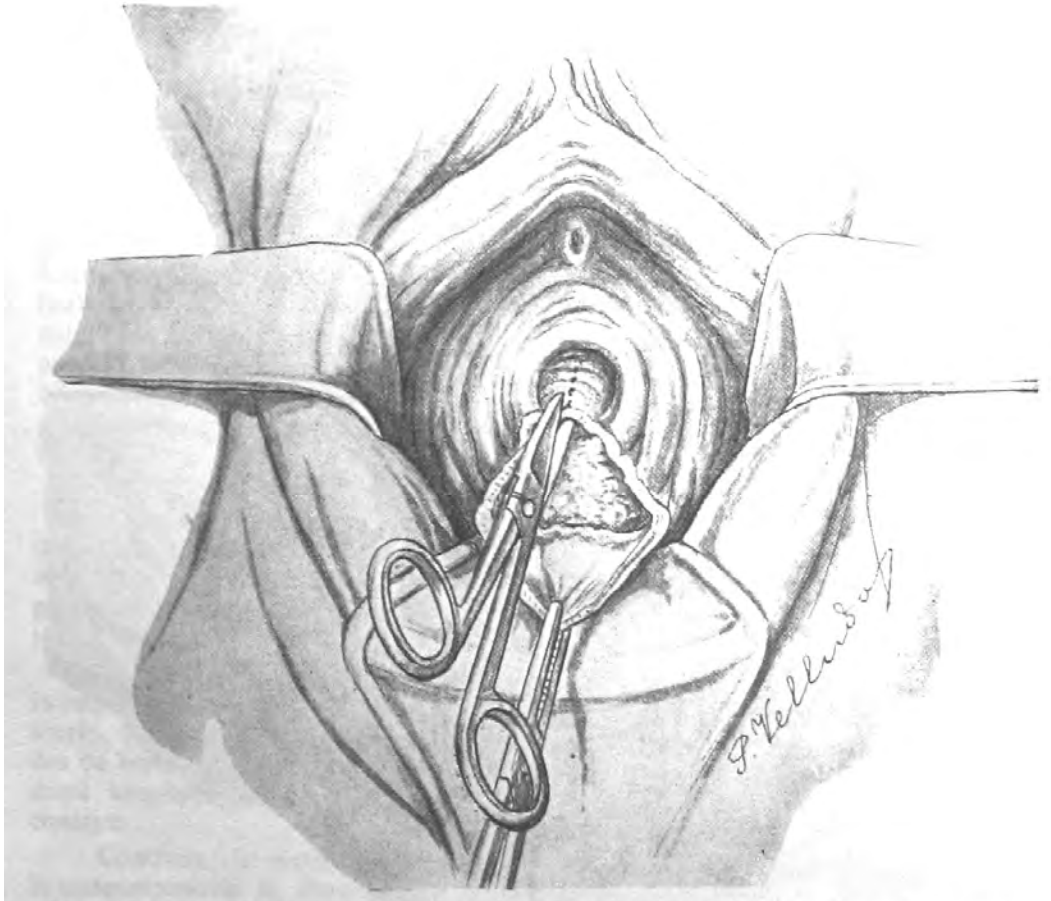


***Fig. 449.** — Autoplastia septurilor vaginale frontale.* Se disecă lamboul de mucoasă şi se continuă incizia sagital, pe linia mediană a feţei proximale a septului (incizia capătă deci în total forma unui Y răsturnat).

Iată ce de sie recomandă şi în operaţiile plastice ale septurilor vaginale plastia în Z cu transpoziţia lambourilor (propusă pentru tegumente, din 1856, de către Denonvilliers), cu care se cîştigă în lărgime ceea ce se pierde în înălţime: o valvă, ţinută de un ajutor expune diafragmul, acum se alege sediul şi numărul de plastii în Z de făcut (cînd diafragmul este inelar 3 Z-uri sînt necesare: unul posterior şi cîte unul din fiecare parte a uretrei; cînd este vorba numai de o bridă semicirculară, două plastii în Z sînt suficiente) (fig. 452).

Brida este pusă în tensiune cu do.uă fire tractor şi în incizia B-C se face chiar pe creasta septului (este important de a inciza nu numai mucoasa pe toată grosimea ei, dar şi ţesutul conjunctiv scleros, ce formează diafragmul pînă la ţesutul celular, ce reprezintă spaţiul decolabil subiacent). La extremităţile acestei incizii se fac în unghi de **60°** încă două incizii (una către anterior şi în jos; cealaltă către posterior şi în sus) egale ca lungime. Cele două lam- bouri triunghiulare sînt disecate cu grijă, cu instrumente fine, apoi încrucişate (ca în fig. 452) sau transpozate şi suturate cu nylon foarte fin.

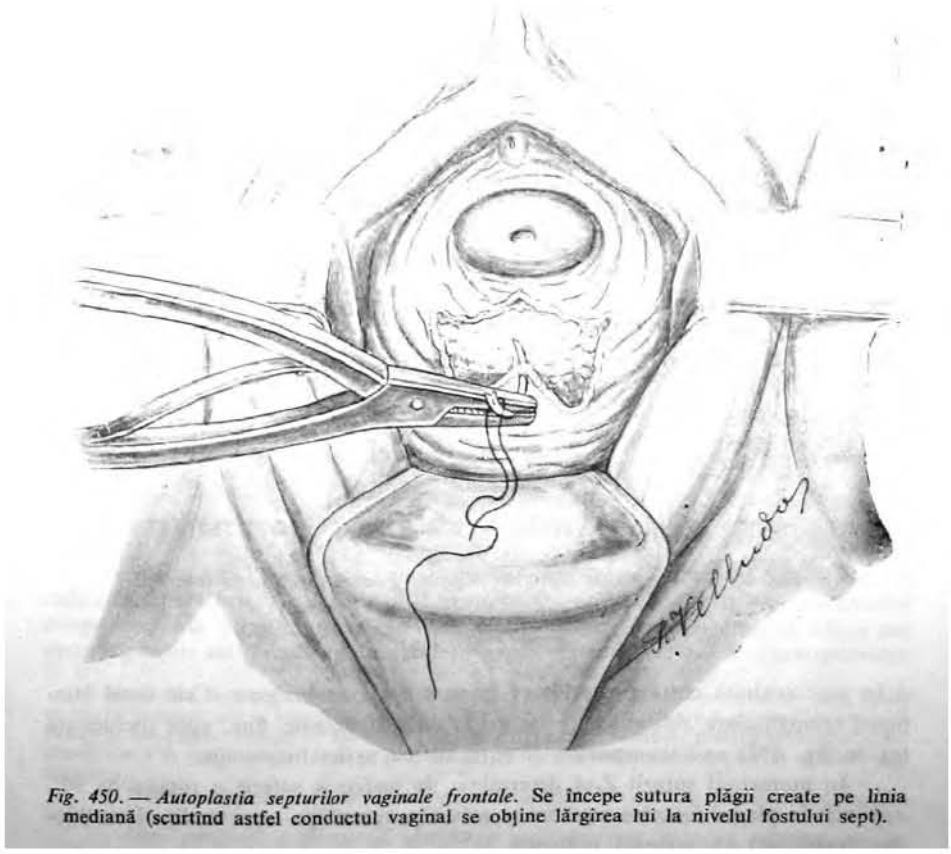


Fig. 450. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Se începe sutura plăgii create pe linia mediană (scurtînd astfel conductul vaginal se obţine lărgirea lui la nivelul fostului sept).

Fig. 451. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Încheierea suturii.

In momentul suturii Z-ul determinat de incizie a suferit o rotaţie de 90°, aşa încît în planul fostului sept nu va exista o sutură pe care tendiţa la retrac- ţia cicatriceală să o poată influenţa.

Pansamentul este bine să fie făcut pentru o săptămînă-două, pe un man- dren suficient de gros şi suplu (ca să fie compresiv fără a jena micţiunea) şi tubular ca să lase să se scurgă secreţiile şi eventual sîngele ce s-ar putea aduna.

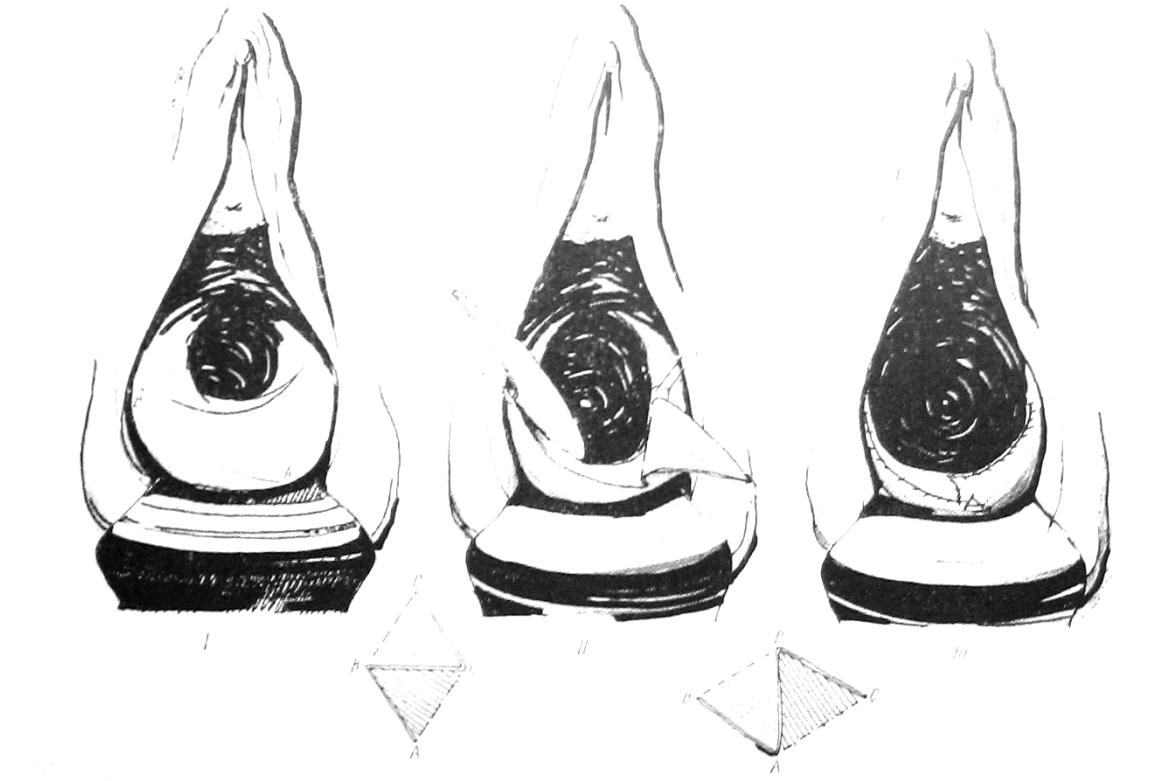


Fig. 452. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Procedeul cu incizia în Z şi substituţia lambourilor:

I — Incizia (între I şi II modul în care se face incizia în Z şi cele 2 lambouri: cel punctat va lua locul celui haşurat. *II* — Pregătirea lambourilor (între II şi III modul în care se suturează lambourile odată pregătite). *III* — Sutura terminată.

ANOMALII MORFOLOGICE CONGENITALE ALE UTERULUI

Pentru o bună înţelegere a problemei şi pentru un diagnostic exact, necesar indicaţiei operatorii, ni se pare utiiă reamintirea unor clasificări ale anomaliilor congenitale ale uterului (care nu sînt decît oprirea în dezvoltare a unuia sau unor segmente ale tractului genital feminin într-o anumită epocă a organogenezei).

Neexistînd încă un consens unanim asupra clasificării acestor anomalii, ne vom referi în cele ce urmează atlt la clasificarea clasică a lui Von Winkel, clasificare a anomaliilor uterului făcută pe baza celor 7 etape de dezvoltare ale tractului genital feminin; precum *şi* la clasificarea clinică (în 4 familii de malformaţii) propusă de Musset şi colaboratorii, care ni se pare mai didactică.

I. După clasificarea lui Von Winkel etapa I corespunde epocii de formare a canalelor Miiller iar malformaţiile posibile, prin oprirea desvoltârii în această etapă sînt :

- lipsa completă a trompelor, uterului şi vaginului prin agenezia ambelor canale mâUeriene;
- lipsa unei trompe şi a unui corn uterin (uterus unicornii verus) prin agenezia unui canal mullerian.

Etapa a Il-a corespunde epocii de tunelizare *şi apropiere* a canalelor Miiller; malformaţiile posibile sînt:

- uterul rudimentar solid simplu sau bicorn; de asemenea uterul unjcorn sau cu corn opus rudimentar ce Însoţesc adesea absenţa congenitală de vagin (prm lipsa totală sau par- ţială de tunelizare a cordoanelor mulleriene) ca în sindromul Rokitanski-Kuster-Hauser;

— uter didelf adevărat (uterus duplex separatus cum vagina duplex separata) prin lipsa de coalescenţă a canalelor mulleriene.

Etapele a IlI-a şi a IV-a corespund epocii de sudare a celor două canale Muller (pînă la ligamentul Hunter) şi de resorbţie a septului separator; malformaţiile utero-vaginale datorate opririi în dezvoltare în aceste etape, cele care beneficiază cel mai mult de operaţiile plastice şi separatoare, sînt:

— uterul bicorn (uterus bicornis septus, subseptus, simplex cum vagina septa, subsepta, simplex);

— uterul bilocular sau cloazonat (uterus planifundalis septus, subseptus, simplex cum vagina septa, subsepta, simplex).

Etapa a V-a corespunde dezvoltării fundului uterin, iar malformaţia corespunzătoare opririi în dezvoltare in această etapă este uterul fetal.

Etapa a Vl-a corespunde opririi uterului în dezvoltare la stadiul de uter infantil (cum este înainte de vîrsta de 10 ani); iar etapa a Vll-a corespunde opririi dezvoltării uterului la stadiul virginal sau hipoplazic.

Bineînţeles anomaliile dezvoltării uterului reprezentate de oprirea în ultimele 3 etape nu sînt de resortul corectării chirurgicale, ci de al hormono- Şi reflexo-terapiei.

II. După clasificarea propusă de Musset şi colaboratorii se cuprinde:

— în prima familie agenezиile sau aplaziile [21] uterine (din care fac parte, pe lîngă unele anomalii incompatibile cu viaţa fiind însoţite de agenezиie multiple şi în special renoureterale, aplazia uterină bilaterală incompletă sau sindromul Rokitanski-Kuster-Hauser şi aplazia uterină unilaterală completă sau incompletă).

în a doua familie, hemiuterele cu persistenţa mai mult sau mâi puţin completă a dualităţii canalelor Muller cu două varietăţi: uterul bicorn-biccrvical sau didelf (cu sau fără retenţia menstruală) şi uterul bicorn unicervical.

în a treia familie uterele septate (total sau subtotal, la nivelul corpului sau la nivelul colului).

în fine, în a IV-a familie sînt cuprinse uterele cu cavităţi comunicante (la exterior uterul putînd apare fie ca unic, fie ca dublu).

Frecvenţa malformaţiilor congenitale ale uterului este diferit apreciată după criteriile ce au stat la baza diagnosticului: clinice (ginecologice sau obstetricale), histero-salpingografice sau prin necropsii ale nou-născuţilor de sex genetic feminin (fiindcă unele agenezii uterine se însoţesc şi de aplazia renoureterală, incompatibilă cu viaţa). Evident, oricum ar fi ele diagnosticate, nu toate malformaţiile utero-vaginale sînt de resortul chirurgiei plastice şi reparatoare.

în ce priveşte malformaţiile congenitale utero-vaginale indicaţiile operatorii sînt de două ordine:

— la « cald» cînd un sindrom dureros repetat (datorat retenţiei menstruale) aduce la spital o fată tînără cu suspiciunea de abdomen acut;

— la «rece» cînd malformaţia uterină identificată histerografic a dus la infencunditate prin avorturi repetate.

Din păcate în primul caz majoritatea operaţiilor sînt decise de urgenţă, adesea pe o eroare de diagnostic, fără histerografie prealabilă, ba uneori într-un mediu chirurgical neadecvat (lipsind preocuparea unei chirurgii ginecologice plastice şi reparatoare).

Tipurile malformaţiilor ce ajung la această situaţie de intervenţie de urgenţă sînt relativ variate: unele pur uterine (uterul bicorn bicervical sau unicervical cu retenţie menstruală unilaterală), altele utero-vaginale (uterul bicorn- bicervical cu un vagin lipsit total sau parţial de lumen) sau numai vaginale (prin aplazii parţiale, septuri transversale etc.);

Pentru aceasta de la caz la caz, trebuie găsită o rezolvare de moment pentru evacuarea sîngelui menstrual retenţionat. Cu cît operaţia va fi mai anodină şi mai limitată cu atît se va putea după completarea explorărilor, corecta malformaţie «la rece», per secundam, în condiţii mai favorabile.

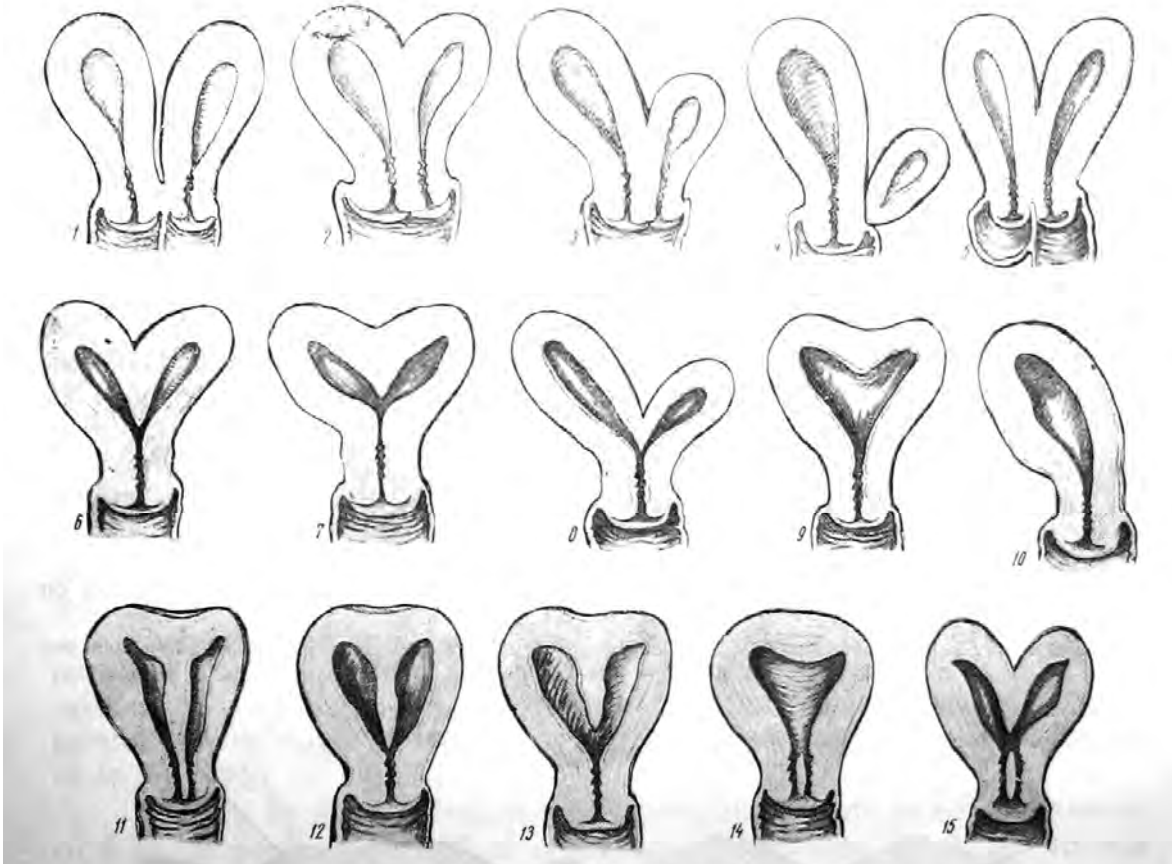


Fig. 453. — Malformaţii congenitale uterine (după Musset şi colab.):
1 — două hemiuterе independente (uter didelf); *2* — două hemiutere alipite (cu dezvoltare egală); *3* — două hemiutere alipite (cu dezvoltare inegală); *4* — două hemiutere cu atrezie cervicală unilaterală; *5* — două hemiutere unite cu semiatrezie vaginală; *6* şi *7* — forme tipice de uter bicorn — unicervical; *8* — uter bicorn unicervical (cu coama inegal dezvoltată); *9* — uter cordiform (« în şa »); *10* — uter unicorn. *Grupa C : 11* — uter septat total; *12* — uter septat subtotal; *13* — uter septat numai la nivelul corpului; *14* — uter septat la nivelul colului. *Grupa D : 15* — uter comunicant (sau uter în « H »).

21 Termenul de *agenezie* ar fi corect dacă am putea afirma că organul respectiv nu a fost generat; cel de aplazie, dacă odată creat, organul în cauză nu s-a dezvoltat (diferenţiere foarte greu de făcut în practică, cel puţin în privinţa uterului şi vaginului).

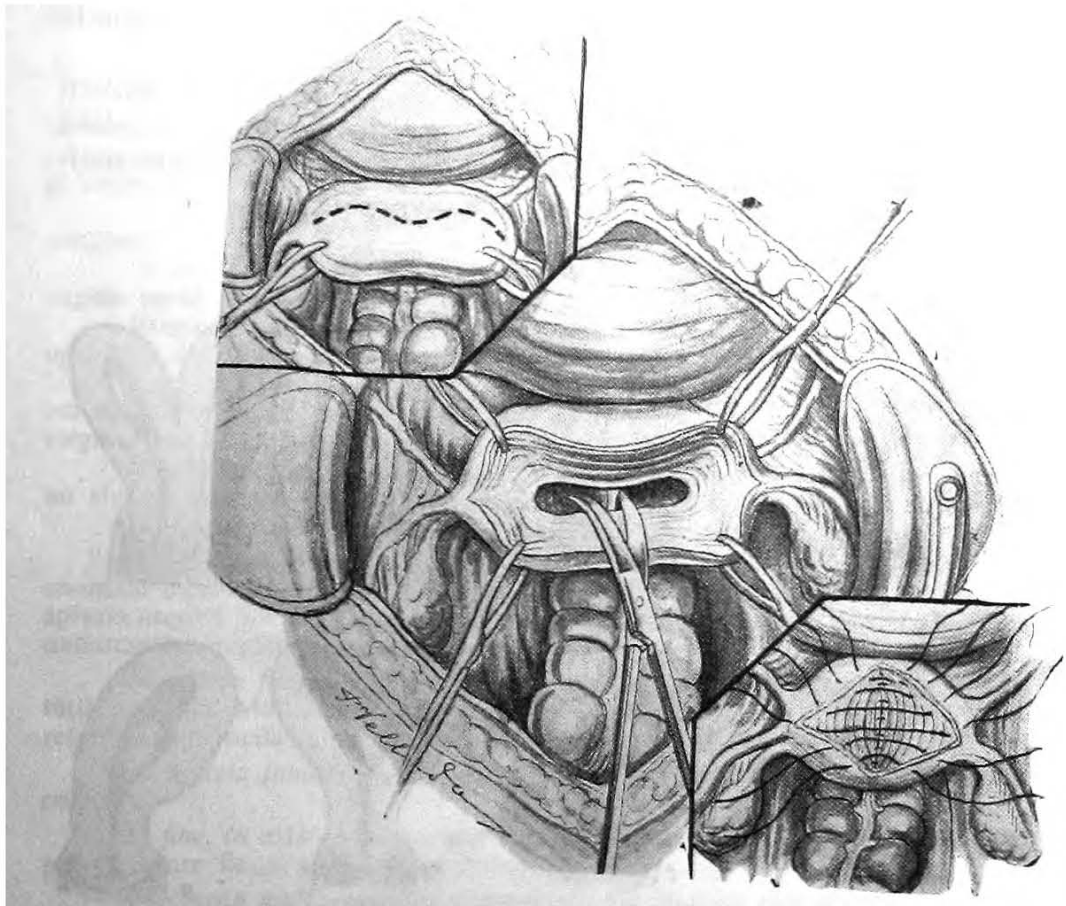


Fig. 454. — Operaţia Strassmann (pe cale abdominală): secţionarea cloazonului separator cu foarfeca curbă.

În cartuşul de sus: incizia pe fundul uterului. *În cartuşul de jos:* reconstituirea uterului prin sutura miometrului perpendicular sensului inciziei.

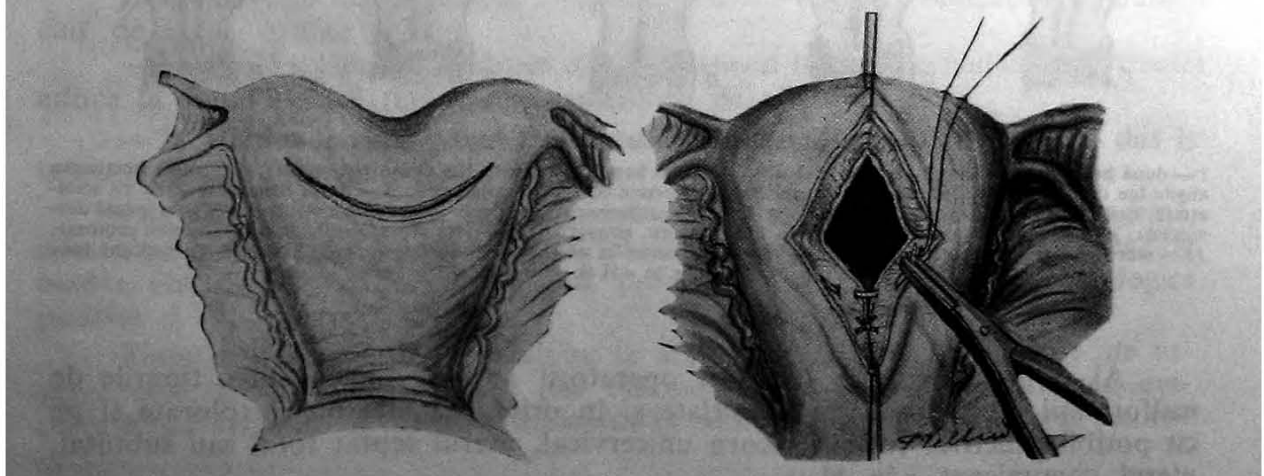


Fig. 455. — Procedeul Mathieu-Duparc:

A — linia de incizie (curbă cu concavitatea în sus, pe treimea superioară a feţei anterioare a uterului, între inserţiile ligamentelor rotunde). *B* — reconstituirea uterului perpendicular pe direcţia inciziei.

Al doilea ordin de indicaţii operatorii se pot pune pentru tipurile de malformaţii uterine mai puţin variate şi în orice caz mai bine explorate şi pe cît posibil simetrice (uterul bicorn unicervical, uterul septat total sau subtotal, uterul comunicant «în H»).

Chirurgia plastică şi reparatoare a malformaţiilor uterine nu joacă încă un rol foarte mare în practică, deşi oprirea uterului în dezvoltare nu este rară, fiindcă unele malformaţii uterine, compatibile cu menţinerea sarcinilor sînt recunoscute abia la naştere din cauza complicaţiilor la care pot da loc (prezentaţii transverse sau oblice, încatenarea placentei etc.)

în anumite cazuri, malformaţia descoperită întîmplător în cursul celio- tomiei pentru diverse indicaţii (hematometrie parţială, sarcină într-un corn rudimentar etc.) este asimetrică; caz în care nu se pune problema histeroplastiei (reconstituirii unei cavităţi

uterine unice) condiţiile anatomice nefiind favorabile, în astfel de situaţii singura soluţie este îndepărtarea hemiuterului sau corpului hipoplazic (devenit patologic) urmată de legătura pediculului uterin de acea parte şi sutura plăgii hemiuterului restant.

în sfîrşit în malformaţiile simetrice, cînd există infecunditate pentru care nu se identifică alte cauze, sau femeia a prezentat un număr de avorturi, se indică operaţia descrisă şi efectuată de Strassmann.

Operaţia Strassmann se poate efectua atît pe cale abdominală cît şi pe cale vaginală (pentru exteriorizarea uterului pe cale vaginală vezi fig. 52) şi constă în incizia transversală pe fundul uterului, aproape de la un corn la celălalt, cu deschiderea ambelor cavităţi; septul despărţitor este excizat cu un foarfece drept (fig. 454). Apoi plaga este închisă cu două straturi de fire separate puse în sensul inciziei evitîndu-se apropierea prea mare de implantaţiile tubare (pentru a nu strangula porţiunea intramurală a trompelor). După aceasta se caută a se face o peritonizare cît mai îngrijită utilizînd peritoneul vezical (vezi fig. 527).

Din 1907, cînd Strassmann a efectuat pentru prima dată operaţia ce-i poartă numele (pe cale vaginală la o femeie cu 8 avorturi în antecedente, care după ce a fost operată a putut duce la termen 6 sarcini terminate prin naşteri spontane) s-au mai propus şi alte procedee sau variante cu aceleaşi indicaţii:

Technica Mathieu-Duparc diferă prin sediul (pe faţa anterioară a uterului, între cele două ligamente rotunde) şi forma incizei (arc de cerc cu con- cavitatea în sus); după deschiderea celor două cavităţi şi excizia peretelui separator, sutura plăgii se face în sens sagital (modificarea propusă de Palmer) ca în fig. 455.

Technica Te Linde folosea incizia sagitală mediană atît pe peretele anterior cît şi pe cel posterior şi după ce exciza septul reconstituia uterul, mai aproape de forma sa anatomică, dar cu preţul unei cicatrice excesiv de intinse (fig. 456 şi 457).

Jones propusese o variantă a acestei tehnici care, în locul inciziei sagitale, începea operaţia cu excizia în formă de V (pe o faţă şi pe alta a uterului) interesînd peretele separator de al celor două cavităţi (vezi fig. 458).

Rezultatele funcţionale, după Sîrbu, care cred că are cea mai mare statistică de histeroplastii la noi în ţară, sînt mai puţin bune şi prin faptul că aceste procedee suprimă şi o parte din endometru şi din ţesutul miometrial al acestor utere deja subnormal dezvoltate.

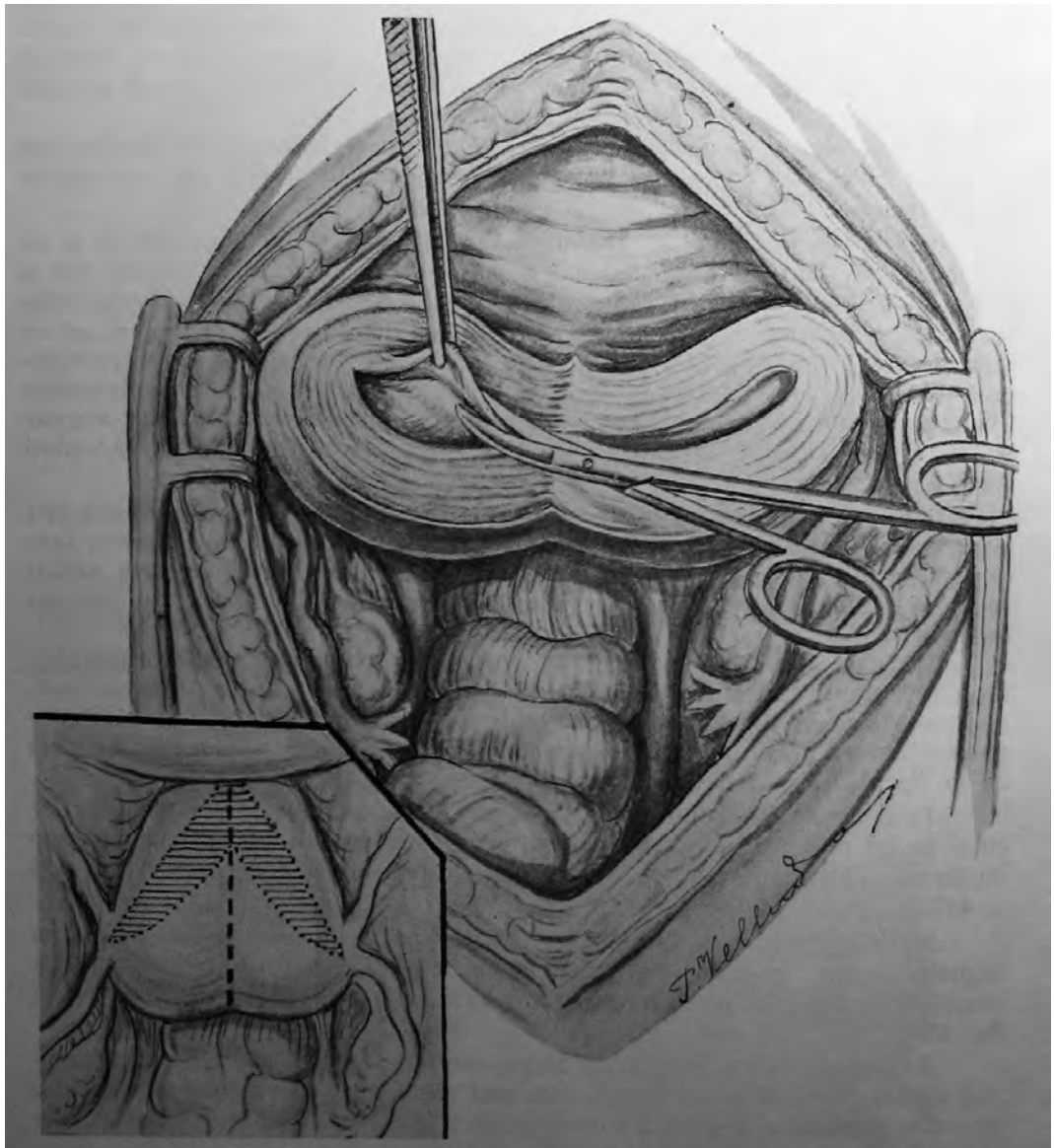


Fig. 456. — Procedeul Te Linde. După deschiderea mediană a uterului se face excizia septului ce separă cele două cavităţi (în cartuş: cele două hemicavităţi, haşurate, şi raportul lor cu incizia mediană).

O altă variantă a technicii Te Linde — mai economică pentru ţesuturile endo-miometriale, propusă de Bret şi Guillet constă în incizia mediană simplă, atît pe peretele anterior cît şi pe cel posterior (ca în procedeul Te Linde) după care se introduce o sondă canelată succesiv în fiecare cavitate şi, pe aceasta, cu bisturiul se incizează septul, sau segmentul de sept corespunzător pînă în vecinătatea cornului uterin, după care fără a exciza nici miometrul, nici endometrul, se trece la unificarea celor două semiutere prin suturarea miometrului ca în procedeul Te Linde (fig. 459). Din păcate şi această ultimă variantă are aceeaşi mare servitute: lasă o enormă cicatrice uterină (ce se întinde atît pe faţa anterioară, pe fundul cît şi pe faţa posterioară a uterului), care întunecă prognosticul obstetrical (adică însuşi scopul pe care şi-1 propun histeroplastiile).

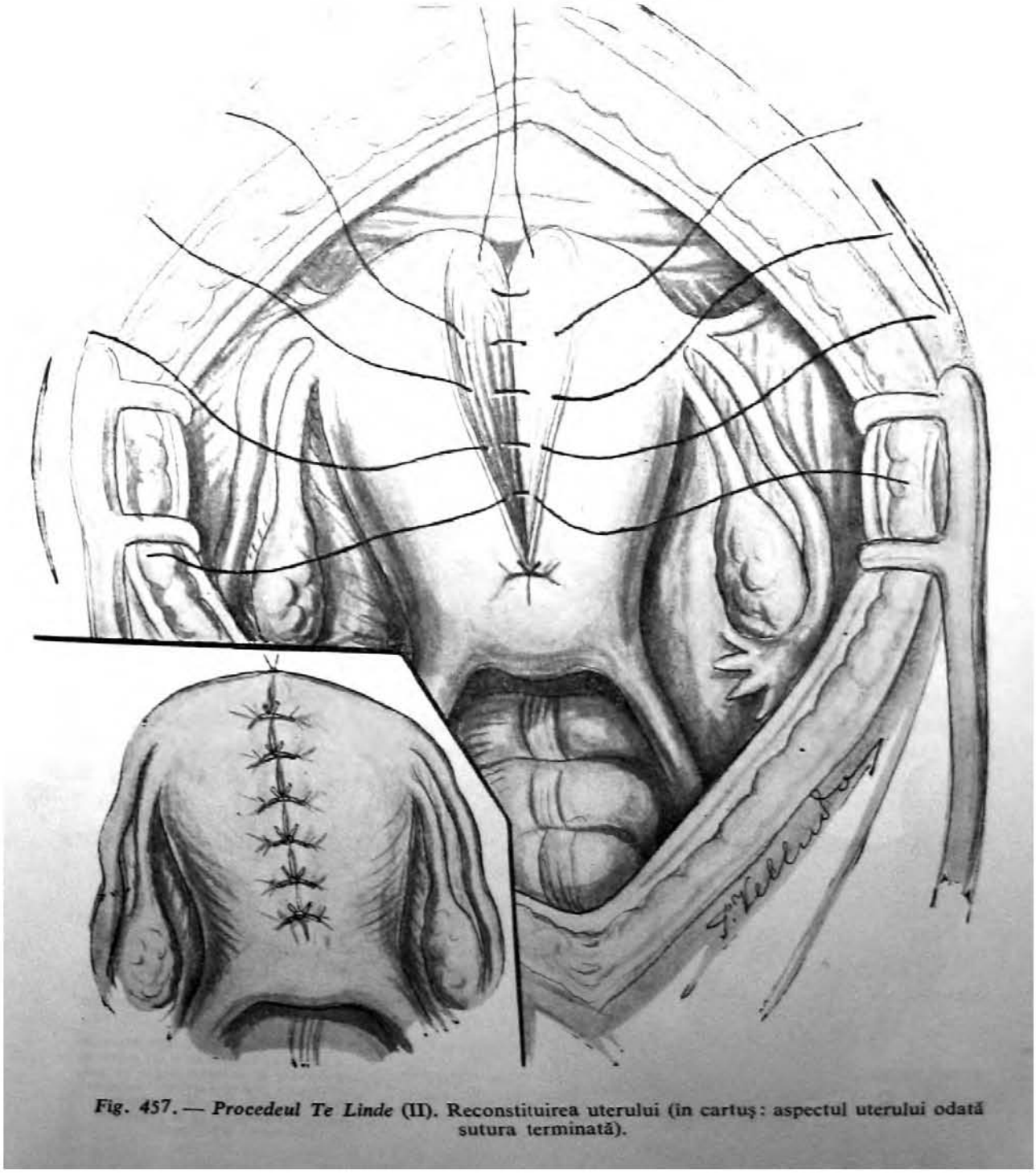


Fig. 457. — Procedeul Te Linde (II). Reconstituirea uterului (in cartuş: aspectul uterului odată sutura terminată).

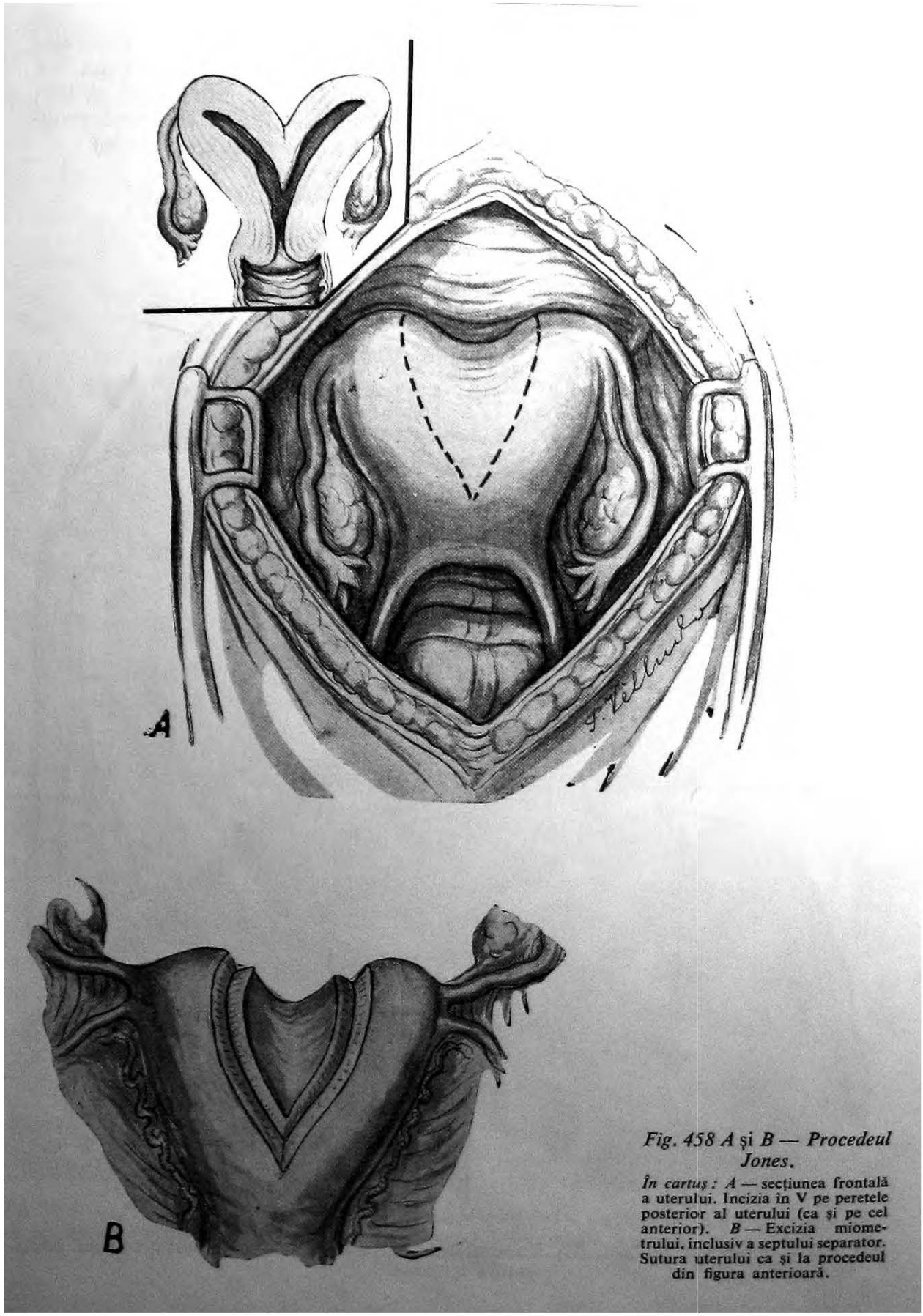


Fig. 458 A şi B — Procedeul Jones.

În cartuş : A — secţiunea frontală a uterului. Incizia în V pe peretele posterior al uterului (ca şi pe cel anterior). *B* — Excizia miometrului, inclusiv a septului separator. Sutura uterului ca şi la procedeul din figura anterioară.

În anumite forme de malformaţii, cînd septul separator al cavităţilor se întinde continuu sau discontinuu (uterul cu cavitatea în « H») şi la nivelul colului se recomandă executarea procedeului ales fie combinat — şi pe cale abdominală şi pe cale vaginală (pentru secţionarea între două pense Kocher a septului cervical), fie completarea operaţiei pe corpul uterin, cu excizia septului

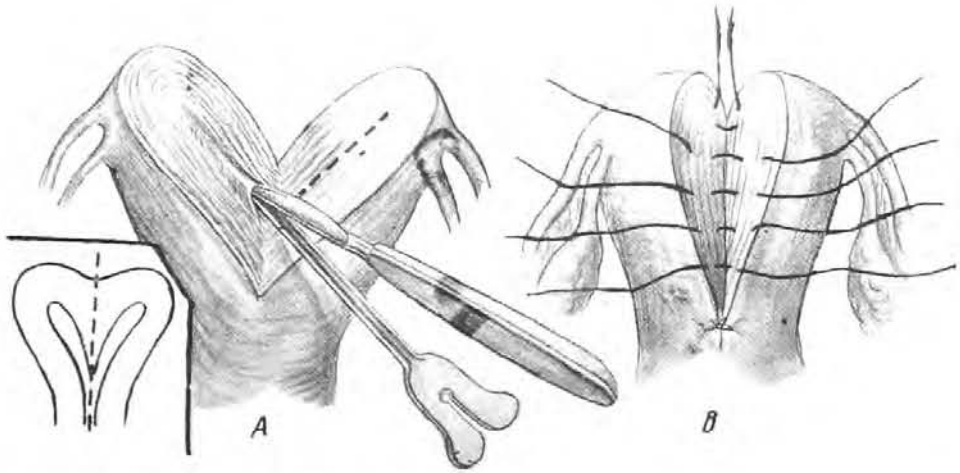


Fig. 459. — Procedeul Bret-Guillet :
A — Secţionarea septului pe o sondă canelată introdusă în cavitatea dreaptă (în cartuş: direcţia inciziei). *B* — Sutura peretelui uterin posterior.

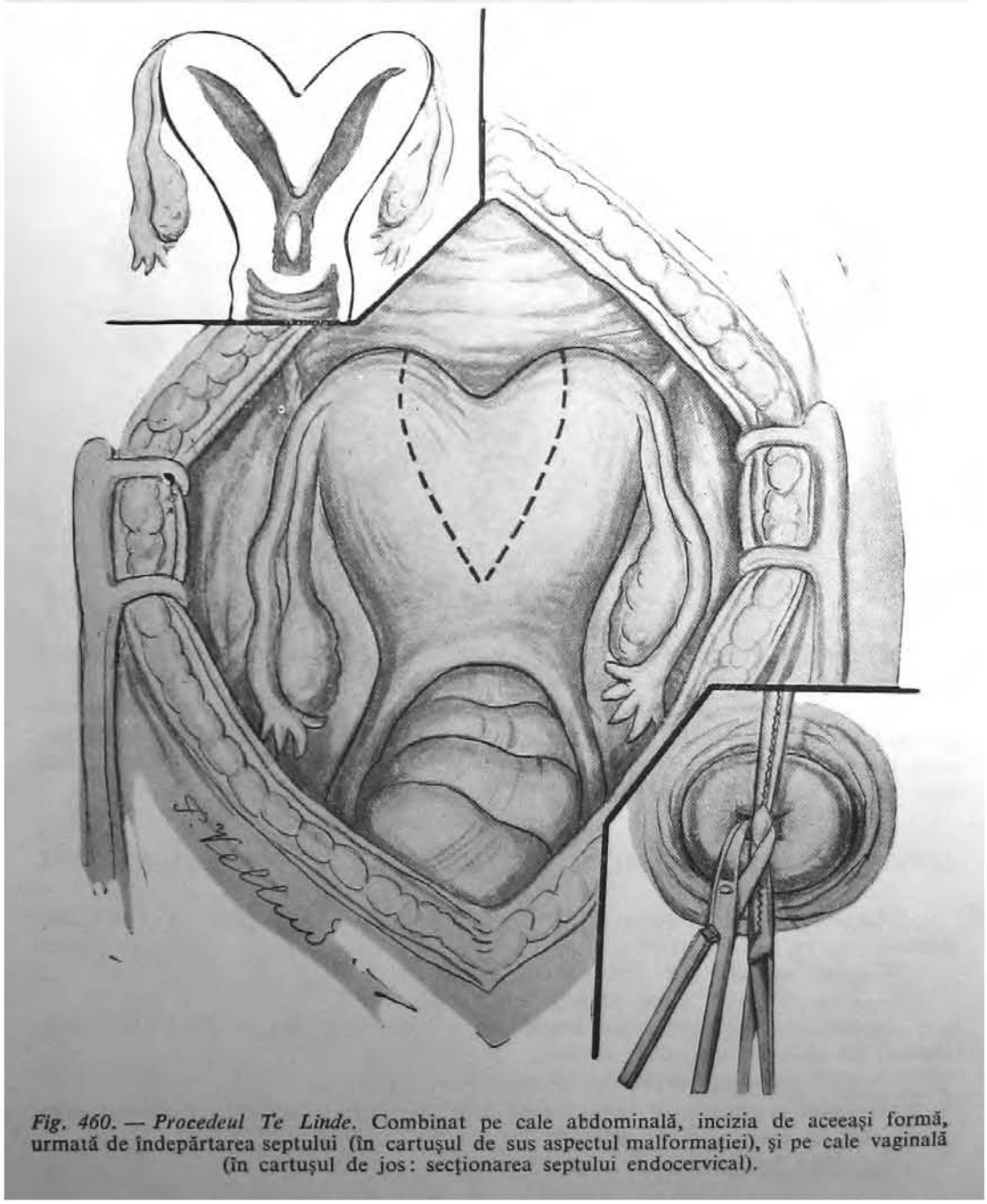


Fig. 460. — Procedeul Te Linde. Combinat pe cale abdominală, incizia de aceeaşi formă, urmată de îndepărtarea septului (în cartuşul de sus aspectul malformaţiei), şi pe cale vaginală (în cartuşul de jos: secţionarea septului endocervical).

de la acest nivel, printr-un timp obligator de efectuat, pe cale vaginală, ce constă în excizia septului cervical (ca în fig. 460, 461).

În fine Lacomme şi Dellepiane au atras atenţia asupra frecvenţei incompetenţei cervicoistmice în hipoplaziile şi malformaţiile congenitale ale uterului, încît cu toată efectuarea unei histeroplastii în cazul obţinerii unei sarcini este bine să se facă la timpul oportun şi un cerclaj cervicoistmic.

ANOMALII MORFOLOGICE CÎŞTIGATE ALE TRACTULUI GENITAL

Anomaliile morfologice cîştigate ale tractului genital pot fi definite anatomo-clinic ca deformaţii:

— prin sechele ale traumatismelor locale;

— prin evoluţia unor infecţii cronice;

— prin evoluţia tumorilor benigne sau maligne locale, primare sau metastatice, ca şi ale organelor vecine;

— prin influenţa factorilor neuro-endocrini.

Operaţiile plastice şi reparatoare indicate pentru cercetarea acestor anomalii sînt în funcţie de o serie de factori:

— vîrsta bolnavei;

— sediul, profunzimea sau întinderea leziunii, precum şi vechimea ei (traumatisme sau infecţii recente, sechele);

— inconvenientele pe care anomalia le comportă (de pildă stricturi, hema- tocolpos, hematometrie, dispareunie, sterilitate etc.);

- etiologia anomaliei (cele mai greu de corectat sînt stricturile şi cicatricele scleroase prin radionecroză);

— coexistenţa eventuală a unei sarcini.

Tr aumatismele re c e n t e prin agenţi contondenţi, coit şi viol, manevre abortive, în urma naşterii spontane sau prin intervenţii, trebuie neîntîrziat reparate (vezi îndeosebi capitolul « Colpo-perineorafia»). De asemenea, intervenţiile chirurgicale plastice şi reparatoare sînt indicate în sechelele acestor traumatisme: rupturile vechi de perineu, cu sau fără cistocel şi rectocel; cicatricele vaginale în urma cauterizărilor sau necrozelor (prin radiu sau rontgen), ca şi a operaţiilor ginecologice excesive, nereuşite sau urinate de complicaţii.

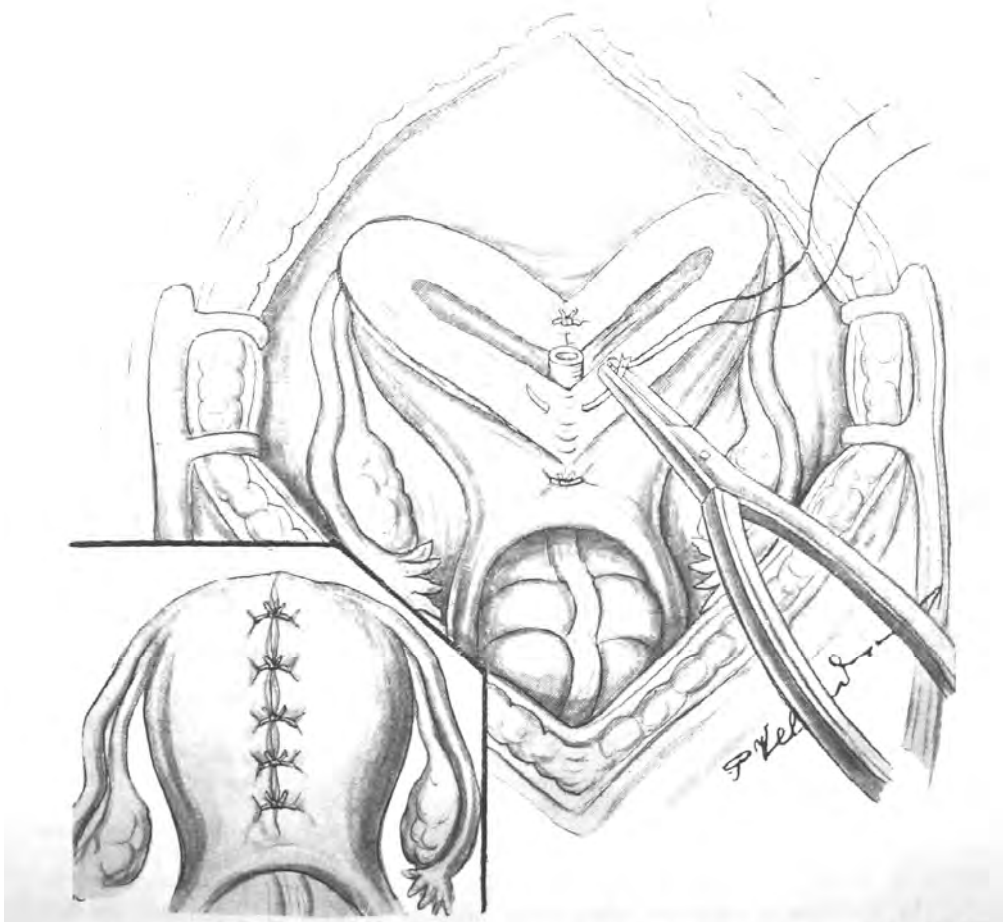


Fig. 461. — Procedeul Te Linde combinat. Sutura uterului în două straturi după ce s-a lăsat un tub de dren în cavitatea cervicală.
În cartuş: aspectul uterului reconstituit.

Stricturile superficiale vulvare cer intervenţii simple: lipirea buzelor mici, bridele, perineorafiile prea strînse, indică secţiunea orificiului stenozat, urmată de sutura astfel făcută ca să se lărgească intrarea. Cînd baza aderenţelor este infiltrată în profunzime (din cauză că vindecarea leziunii traumatice nu s-a obţinut decît după supraadăugarea infecţiei) este recomandabilă excizia completă a ţesutului scleros şi sutura cu fire separate, efectuîndu-se sau nu (după întinderea pierderii de substanţă) şi o plastie printr-un lambou decolat din peretele posterior al mucoasei vaginale şi implantat pe plaga perineală (A. Chalier; R. Keller).

Dacă strictura este vaginală, mai ales înalt situată, excizia poate conduce la colpectomie parţială sau segmentară, cu diminuarea lărgimii sau profunzimii vaginului, necesitînd folosirea unor grefe cu lambouri autoplastice (vaginale, dermo-epidermice, tapetare cu amnios). Tratamentul chirurgical pe cale joasă al stricturilor canaliculate sus situate poate fi imposibil (colporadiografia permite azi precizarea întinderii leziunilor). în astfel de cazuri s-a recomandat (Lecene) decolarea prin celiotomie a vezicii de istmul uterin şi vagin, deschiderea vaginului cu rezecţia stenozei, apoi sutura cap la cap a tranşelor vaginale şi refacerea fundului de sac vezico-uterin.

în *hematocolposul prin stricturi cîştigate,* atitudinea este aceeaşi ca în septurile frontale congenitale ale vaginului. După ce se incizează diafragma şi se drenează sîngele şi secreţiile acumulate, se face excizia stricturii urmată de sutură, sau, şi mai bine, incizii în Y răsturnat, urmate de autoplastie prin alunecare (sutură în V răsturnat).

Corpii străini vaginali pot fi încătuşaţi de mucoasă: tendinţa la vindecare a defectului local «înmormîntează» în ţesutul de granulaţie corpii străini (pesare în genere), a căror ablaţie devine uneori dificilă. Odată corpii străini scoşi însă, granuloamele în genere dispar: situaţia este mai complicată cînd apar necroze ale pereţilor organelor cavitare sau fistule (vezicale sau rectale).

în toată chirurgia plastică şi reparatoare a vaginului pentru sechele ale traumatismelor o măsură terapeutică ajutătoare importantă o constituie administrarea locală de oestrogeni: rezultatele postoperatorii imediate şi de viitor sînt mai bune prin grăbirea vindecării, asuplisarea cicatricelor şi prevenirea retrac- ţiei (mai ales la femeile trecute de menopauză).

Perforaţiile uterine. Chiuretajul cavităţii uterine, indiferent de indicaţia medicală pentru care este efectuat, şi cu atît mai mult cînd este făcut în condiţii ilicite, poate duce la un accident — cu atît mai rar cu cît cel ce efectuează chiuretajul are o practică mai îndelungată — dar întîlnit în practica curentă destul de frecvent.

Cînd perforaţia s-a produs înainte de deschiderea oului, sau după ce cavitatea a fost perfect golită şi este sigur că nu s-au lezat, cu ocazia perforării peretelui uterin, alte organe cavitare se poate adopta expectativa.

în majoritatea cazurilor, însă, este indicată celiotomia imediată, pe de o parte pentru o inventariere *de visu* a leziunilor, pe de altă parte în scopul reparării lor (vezi histerorafia la operaţiile conservatoare pe uter). O prevedere utilă este prelevarea, înainte sau în timpul operaţiei, de scurgeri sau fragmente din cavitatea uterină pentru culturi şi antibiogramă, poate chiar mai utiiă pentru succesul chirurgiei conservatoare, decît antibioterapia de protecţie.

Desigur că în unele perforaţii anfractuoase, interesînd una din marginile vasculare ale istmului sau corpului uterin, sau efectuate în afara cadrului spitalicesc, histerectomia, care era rezolvarea curentă a perforaţiilor în trecut, se impune şi în zilele noastre.

în sechelele traumatismelor colului şi corpului uterin, sutura după avivare constituie singura metodă a chirurgiei plastice şi reparatoare. Unele cicatrice ale colului uterin se întind pînă într-un fund de sac vaginal, sau se însoţesc de bride vaginale scleroase; ele trebuie extirpate în bloc, iar sutura se va face cu deosebită grijă (cu fire separate de nylon subţire). Deseori cicatrizarea rupturilor colului la naşteri, mută limita histologică dintre epiteliul endocervical cilindric şi epiteliul exocervical pavimentos, limită care se găseşte normal la nivelul orificiului extern al colului, realizînd un ectropion (vezi pag. 461 cap. «Operaţiile reparatoare ale formei colului uterin»),

în *anomaliile morfologice secundare infecţiilor cronice* tratamentul chirurgical este mai puţin indicat.

într-adevăr, atît în infecţiile cronice specifice: accidentele secundare hiper- trofice sau cele tardive ale sifilisului (care beneficiază de tratamentul antiluetic), tuberculoza organelor genitale externe (foarte rară, care beneficiază de anti- bio- şi fizioterapie[22]) limfogranulomatoza benignă (care se poate trata cu antibiotice dacă leziunile nu au ajuns în faza de fibroză), actinomicoza genitală (la care este indicată fizioterapia), cît şi în infecţiile cronice nespecifice, abstenţia operatoare este astăzi socotită ca ducînd la rezultatele cele mai puţin rele. Singurul segment al tractului genital, care face unele excepţii la această regulă, este colul uterin (vezi capitolul rezervat operaţiilor reparatoare ale colului uterin).

în *cazul tumorilor benigne,* tratamentul chirurgical este totdeauna indicat (cu intenţie plastică şi reparatoare, cînd acestea sunt dezvoltate în segmentul vulvo-vaginal al tractului genital şi cu intenţie funcţională cînd tumorile benigne — fibromioame sînt dezvoltate pe uter); în tumorile maligne tratamentul chirurgical este de cele mai multe ori cel indicat (dar în intenţie radicală).

Toate tumorile benigne ale vulvei sînt uşor accesibile şi pot fi înlăturate fie prin excizie fie prin enucleare. Se intervine în:

— Chisturile glandelor Bartholin, care prin volumul lor împiedică uneori raporturile şi chiar micţiunea; în unele chisturi cu punct de plecare în glandele sudoripare sau sebacee, în chisturile labiilor mari (dezvoltate din canalul Niick).

— Tumorile mezenchimatoase ale buzelor mari — uneori pediculate (mol- luscum pendulum), alteori sesile, putînd prezenta, mai rar, ulceraţii şi necroză.

— Hemangioamele şi limfangioamele teleangiectazice, polipi varicoşi cu creştere rapidă (pun problema exerezei numai cînd sînt mici; întinderea lor în suprafaţă cere prudenţă; se va recurge la iradierea superficială cu izotopi cum ar fi stronţiul, zăpada carbonică sau la electrocoagulare).

— Ablaţia chisturilor glandei Bartholin este pe nedrept socotită o operaţie uşoară, de « mică chirugie»; adesea intervenţia este chiar foarte delicată din cauza aderenţelor glandei chistice, mai ales la mucoasa vulvo-vaginală (cînd inflamaţia nu este complet stinsă) şi hemostazei dificile a patului după extirparea chistului (mai ales la polul superior unde glanda îşi primeşte pediculul vascular şi vine în contact intim cu bulbul cavernos al vaginului).

Chisturile glandei Bartholin apar mai ales în urma inflamaţiei glandei» prin obliterarea canalului; ele trebuie deci considerate ca chisturi de retenţie- Perioadele de inflamaţie acută, deseori repetate, creează aderenţe intime cu ţesuturile învecinate. Extirparea chirurgicală este şi mai mult îngreunată de aceste aderenţe în cazul fistulizării, încît în aceste cazuri s-a preconizat, fie injectarea de

[22] in aceste cazuri excizia tardivă a cicatricelor poare fi totuşi încadrată intre operaţiile plastice.

substanţe sclerozante pe traiectul fistulos (chinină-uretan, clorură de zinc 10%), fie excizia cu electrocauterul a peretelui anterior al glandei chistice (P. Durei). Inconvenientele acestor metode sînt: timpul lung în care se obţine vindecarea (1—2 luni) şi cicatricele retractile, uneori dureroase.

Anestezia cea mai bună pentru ablaţia chisturilor glandei Bartholin este cea epidurală sau rahianestezia joasă. Anestezia locală nu se poate folosi decît în cazul chisturilor mici, pe de o parte, fiindcă nu poate infiltra regiunea ascunsă de chist (care are uneori prelungiri foarte profunde), iar pe de altă parte, fiindcă riscă producerea unui hematom important, lezînd bulbul cavernos homolateral. Anestezia generală cu barbiturice (evipan, pentotal) este în genere de durată prea scurtă (mai ales în cazurile în care se poate prevedea după repetatele puseuri inflamatorii acute din antecedente, că disecţia glandei chistice va fi laborioasă).

Căile de acces propuse sînt:

— calea externă (incizia pe faţa externă a buzei mari) permite o operaţie aseptică, dar dă un acces mai puţin bun tocmai în regiunea internă, unde glanda este mai aderentă;

— calea internă (incizia eliptică în jurul unui orificiu fistulos, la marginea orificiului vulvar, pe labia mică) necesită cîteodată o contraincizie declivă de drenaj (fig. 462 cartuş).

Tehnica disecţiei glandei chistice: după ce s-a făcut incizia, cu două depărtătoare cu gheare sau cu pense solide cu dinţi de şoarece, se îndepărtează tegumentele; se caută spaţiul de clivaj prin decolare digitală, apoi traveele conjunctive mai rezistente sînt secţionate cu bisturiul sau foarfecele, ferind glanda chistică (fig. 462 A).

In genere se începe de la polul inferior al tumorii chistice, urmînd disecţia pe faţa ei externă (cîteva arteriole, ramuri ale perinealei superficiale trebuie pensate), pentru a ajunge apoi la pedicului vascular în regiunea supero- externă a glandei (pedicului va trebui pensat în imediata vecinătate a capătului distal al bulbului cavernos), căutînd tot timpul să se păstreze integritatea pereţilor chistului.

Dacă totuşi chistul este deschis sau se rupe, porţiunea din peretele său care a fost decolată se prinde într-o pensă «în inimă» şi se disecă mai departe, exercitînd tracţiuni pe această pensă (ceea ce uşurează decolarea). In eventualitatea în care peretele chistului este foarte friabil sau aderenţa lui de ţesuturile învecinate este deosebit de mare, se scoate cît mai mult cu putinţă din cămaşa chistului, raclînd apoi patul glandei cu o chiuretă ascuţită; în aceste cazuri, drenajul este obligatoriu.

în toate cazurile se face o hemostază cît mai îngrijită: dacă vasele care sîngerează nu pot fi prinse, sau dacă s-a lezat bulbul cavernos, este mai bine să nu se insiste, încercînd a le pensa, ci să se pună ligaturi în masă.

Dealtfel capitonarea patului, odată glanda chistică disecată şi extirpată, este timpul cel mai important (fig. 462 B). Pansamentele «compresive» recomandate sînt foarte dificile, chiar iluzorii, în această regiune. Profilaxia hematomului asigurată prin capitonare satisfăcătoare este bine să fie completată pentru 24—48 de ore de un drenaj filiform; sau cu un tub subţire din plastic.

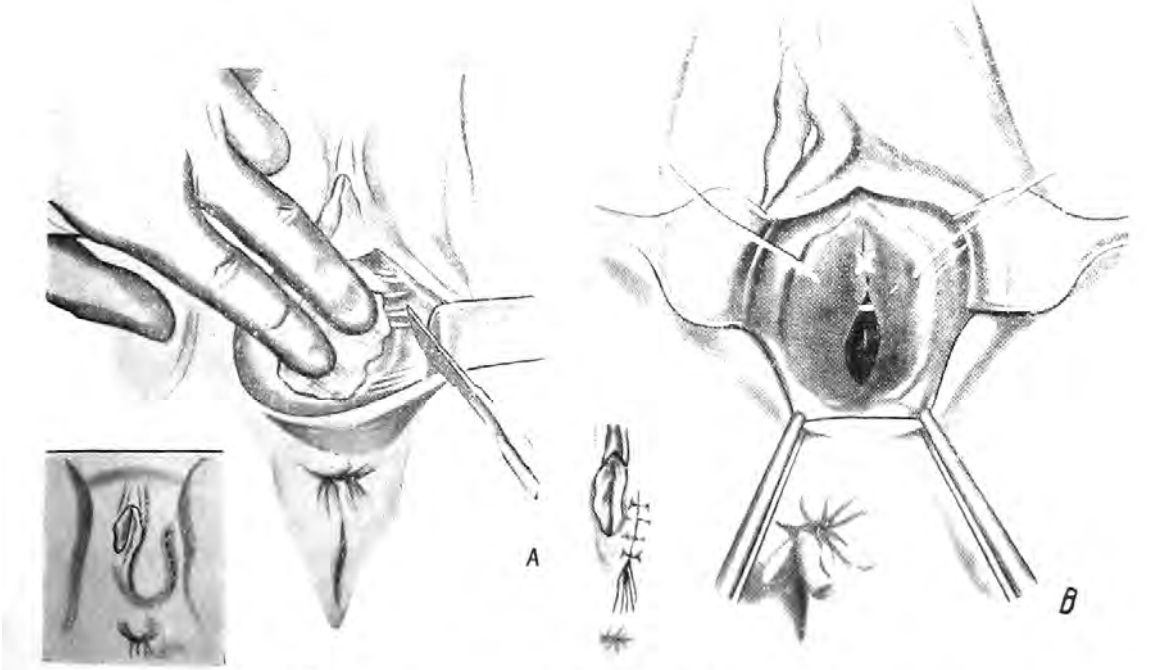


Fig. 462. — Extirparea unui chist al glandei Bartholin stîngi :
A — Disecţia glandei chistice. *În cartuş :* cele două incizii recomandabile (cu trăsătura plină incizia la marginea internă cu trăsătura punctată cea pe marginea exterioară). *B* — Capitonarea lojii după ce chistul a fost extirpat. *În cartuş :* plaga suturată ; la unghiul inferior al plăgii un mănunchi de fire de setolină (sau cu tubuşor subţire de plastic) asigură drenajul.

Sutura tegumentelor se face cu fire de nylon sau setolină.

— Tratamentul chirurgical al chisturilor buzelor mari (ale canalului Niick) este cu totul asemănător.

— Tumorile solide, mezenchimatoase, ale vulvei necesită ablaţie, în genere foarte simplă, hemostază (eventual prin electrocoagulare), sutură parţială şi drenaj.

— Tumorile vaginului (fibrom, lipom, chist dermoid, mixt etc), prezintă adesea, din punct de vedere chirurgical, dificultăţi serioase, ca şi chisturile congenitale. Ca şi pentru acestea, în unele tumori mari sau sus-situate se va face în prealabil o debridare largă vulvară; tumorile solide sînt totuşi mai uşor enucleabile decît chisturile, graţie consistenţei lor, care permite să fie agăţate cu o pensă cu gheare şi trase în jos; în plus, dacă volumul lor este prea mare, ele pot fi îmbucătăţite. însă volumul mare, penetraţia în profunzime, vecinătatea organelor cavitare, accesul redus, pot pune operatorul în situaţii neplăcute şi în cazul tumorilor

solide de vagin, ceea ce face pe unii (Guyot şi Dar- maillacq) să recomande pentru extirparea acestor cazuri dificile calea abdominală.

O menţiune specială merită endometrioza vaginală, al cărui tratament chirurgical este mai rar indicat de cînd sunt întrebuinţate, cu bune rezultate, anticoncepţionalele orale; totuşi în cazul micilor noduli limitaţi într-un fund de sac vaginal, ca şi al endometriozei vulvo-perineale -— mai rare — ablaţia completă este tratamentul de ales.

— Tratamentul chirurgical al tumorilor benigne ce deformează uterul a fost descris pe larg în capitolul operaţiilor conservatoare (vezi «Miomectomia» şi «Miometrectomia»).

— *în tulburările trofice* (cum este atrofia canalului genital sau kraurozisul vulvar) tratamentul chirurgical nu este niciodată indicat. Acestea sînt, fie consecinţa menopauzei fiziologice, fie a castrării chirurgicale sau fizioterapice.

— Atrofia canalului genital este deosebit de marcată Ia nulipare. Ea se însoţeşte adesea de o rezistenţă scăzută la infecţii (colpite rebele), tot secundare carenţei de estrogeni. Tratamentul ei la femeile încă tinere (menopauză artificială) trebuie să ţină seama de faptul dacă histerectomia a însoţit sau nu castrarea :

— dacă uterul a fost extirpat, cele mai indicate sînt administrarea orală de ethinil-estradiol, injectarea de microcristale sau implantările comprimatelor de estrogeni, care au efecte favorabile pentru 12—15 luni;

— dacă uterul a fost păstrat, căile de administrare bucală şi locală ale estrogenilor sînt cele mai recomandabile (în orice caz implantările sînt contraindicate din cauza riscului de metroragii importante).

Tratamentul atrofiei canalului genital nu este indicat Ia femeile bătrîne, decît dacă bolnava se plînge că anomalia ameninţă armonia căsniciei sau că ea se însoţeşte de tulburări ale staticii pelviene, care vor necesita o intervenţie chirurgicală (aceasta se face totdeauna mai uşor şi vindecarea se obţine în condiţii mai bune, cînd troficitatea mucoaselor a fost ameliorată printr-un tratament local cu substanţe estrogene de sinteză, sau administrarea perorală de estriol).

Alături de tratamentul cu estrogeni, în atrofia canalului genital s-au preconizat:

— vitaminele A, C şi E;

— homogrefele de ovar (M. Cheval; A. Douay), delăsate din cauza siguranţei şi comodităţii tratamentelor hormonale;

— curele balneare (Cotte).

Kraurozisul vulvei pare de asemenea manifestarea deprimării activităţii ovariene. Tulburările sînt: strictura vulvară, pruritul şi uneori mici ulceraţii. Tratamentul se face tot cu estrogeni, recidivele sînt însă frecvente.

In astfel de cazuri s-a propus vulvectomia simplă, care, pe lîngă că suprimă pericolul instalării unui cancer, ar face să dispară şi strictura vulvei (prin completarea operaţiei cu o plastie largă şi suplă). Noi credem că acest fel de a vedea constituie un radicalism exagerat şi fără sens; operaţia este mult prea traumatizantă pentru pericolul ipotetic al neoplasmului, iar plastia, un « lux» la vîrsta cînd o astfel de operaţie poate fi indicată.

- Tratamentul anomaliilor morfologice vulvo-vaginale nu diferă ca principii în cursul stării gravido-puerperale. în aceste cazuri, însă, este hotărîtor momentul tratamentului şi prioritatea conduitei de ales.

Astfel, dacă anomalia este descoperită în cursul sarcinii, vom aplica imediat tratamentele medicale (mai ales în procesele infecţioase şi evolutive); vom recurge excepţional la tratamente chirurgicale cumpănind pericolul întreruperii sarcinii. Totuşi, unele cicatrice, diafragma şi stenozele scleroase ale vaginului sau vulvei pot fi influenţate favorabil de imbibiţia gravidică şi procesul de vindecare operatorie asigurat chiar în condiţii mai bune (prin îmbăierea masivă hormonală din cursul sarcinii).

Dacă diagnosticul anomaliei morfologice s-a pus numai la începutul travaliului, conduita diferă după cum naşterea poate sau nu să aibă loc pe căi normale prin intervenţii acceptabile (secţiune a bridelor, epiziotomie). în stenozele vaginale întinse sau sus-situate, ca şi alte anomalii în care se pune problema unei intervenţii de oarecare importanţă, este preferabilă operaţia cezariană (urmată, cînd este cazul, de un timp complementar: suprimarea obstacolului pentru scurgerea lohiilor), lăsînd pentru mai tîrziu cura chirurgicală a anomaliei morfologice.

3. OPERAŢII PLASTICE ŞI REPARATOARE ALE COLULUI UTERIN

Patologiei colului uterin i se adresează două categorii de intervenţii chirurgicale :

— operaţiile radicale, de sistem, în neoplasm;

— operaţiile plastice şi reparatoare.

O serie de intervenţii izvorîte dintr-o tendinţă abuziv chirurgicală cum era evidarea comisurală în tratamentul sterilităţii (cu sau fără stenoză de col sau hipoplazie cervicală), sursă a unor reale deziluzii şi a unor drame răsunătoare, şi care era altă dată operaţia plastică şi reparatoare pe colul uterin cea mai frecvent folosită, şi-a văzut indicaţiile dispărînd acum, aproape cu desăvîrşire. In schimb, alte operaţii, alături de cerclajul şi conizaţia colului, s-au impus în ultimele două decenii.

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

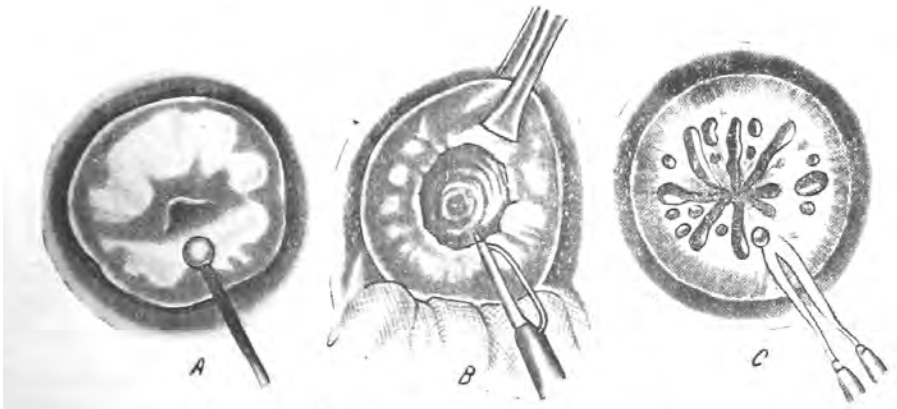


Fig. 463. — Electrocauterizarea colului uterin :
A — Cauterizarea superficială (electrod cu bulă); *B* — Electroconizaţia (cu ansa de conizaţie); *C* — Cauterizare radiară profundă (cu lanţeta, exagerat bipolară, a electrocauterului).

Cauterizarea colului este o metodă foarte veche (Celsus a folosit-o pentru ulceraţiile de pe colul prolabat). Metoda modernă foloseşte electrocauterul cu bulă, care însă nu exclude riscul de a lăsa stenoze (mai ales în cazurile cu leziuni inflamatorii sau glandulo-chistice foarte profunde, sau scleroase). Hunner introduce metoda cauterizării profunde radiare, pentru a distruge glandele chistice profunde şi a lăsa totuşi, suficientă stromă sănătoasă, între liniile cauterizate, ca să se evite stenoza. Perfecţionarea aparaturii electrochirurgicale a permis în ultima vreme folosirea unei noi metode, conizaţia colului, care poate servi deodată pentru biopsie şi electrocoagulare. In principiu aceste metode se sprijină pe regenerarea colului, după distrugerea prin ardere a ţesu- tului bolnav, dezordonat sau exuberant vindecat; această refacere a colului durează 5—6 săptămîni, oricare technică de electrocoagulare s-ar folosi.

Trahelorafia are drept scop restaurarea rupturilor vechi ale colului; ea comportă doi timpi, ca toate operaţiile reparatoare: avivarea sau excizia cicatricei şi sutura. în principiu, operaţia caută să refacă forma şi dimensiunile colului normal.

Stomatoplastia are drept scop lărgirea orificiului cervical extern, iar trahe- loplastia, modificarea formei generale a colului. Aceste două grupe de operaţii sînt deci ieşite din comun: cu toată denumirea lor de «plastie», ele sînt fondate pe principii contrare operaţiilor plastice (în loc de a căuta să redea organului forma normală, i-o modifică). Efectul căutat se poate obţine prin secţiune urmată sau nu de suturi.

Amputaţia de col — deşi numele este consacrat de o veche uzanţă — este o denumire de două ori improprie: mai întîi că de cele mai multe ori nu se face decît o rezecţie parţială a colului, apoi noţiunea de amputaţie exclude prin sine orice nuanţă plastică şi reparatoare; or, în aceste operaţii efortul trebuie centrat tocmai asupra efectelor plastice şi reparatoare, intervenţia propunîndu-şi să redea colului forma şi dimensiunile normale în alungirea hipertrofică (însoţind prolapsul uterin sau numai un cistorectocel), ca şi în alte tulburări neuro- trofice ale colului uterin.

Amputaţia largă de col, în sensul strict al cuvîntului, deci, trebuie rezervată unei singure indicaţii, relativ rară, şi anume stărilor precanceroase ale colului uterin (leucoplazia şi boala Bowen).

INDICAŢII

Cervicitele cronice, reprezentînd o bună parte din morbiditatea ginecologică (cel puţin în mediu urban), indicaţiile intervenţiilor plastice şi reparatoare ar trebui să fie azi foarte întinse. De fapt ceea ce este etichetat în genere ca «cervicită» nu corespunde unei entităţi anatomo-clinice bine definite, incluzînd o serie de aspecte (de la ectopie şi ectropion al mucoasei endocervicale, sau alte distrofii, pînă la neoplasmul de col), care nu justifică toate o astfel de intervenţie; în plus alţi numeroşi factori contraindică sau temporizează hotărîrea intervenţiei (astfel, vîrsta tînără a femeii sau dorinţa ei de a mai avea copii; coexistenţa cervicitei, fie cu o sarcină în evoluţie, fie cu o metroanexită acută sau subacută etc).

Indicaţiile cele mai frecvente ale intervenţiilor amintite sînt:

— rupturile vechi de col, cu cicatrice deformante sau stenozante;

— unele forme rebele de cervicită (cele papilare sau burjonante, cele foliculare sau glandulare), ca şi distrofiile şi displaziile ce le urmează:

— alungirea hipertrofică a colului uterin;

— stările precanceroase (leucoplaziile şi boala Bowen).

Dar şi aceste indicaţii sînt susceptibile de a dispărea, cel puţin în parte, cu timpul: profilaxia rupturilor de col sau sutura lor îngrijită la naştere va înlătura indicaţia trahelorafiei, tratamentul consecvent al tulburărilor de statică uterină, al ectopiei şi ectropionului, ca şi al cercivitelor, dar mai ales profilaxia lor, va evita de asemenea amputaţia de col etc.

CONTRAINDICAŢII

Intervenţiile cele mai anodine asupra colului uterin comportă anumite riscuri: astfel electrocoagularea duce uneori la stenozarea orificiului extern sau chiar a canalului cervical, amputaţia de col lasă o cicatrice care poate fi o cauză de sterilitate, de avort, sau poate impiedica naşterile ulterioare pe căi naturale. Se conturează de aici o primă contraindicaţie a acestor operaţii, şi anume vîrsta tînără a femeii sau dorinţa ei de a mai avea copii.

Dar cele mai importante contraindicaţii pentru intervenţiile pe colul uterin sînt sarcina în evoluţie şi metroanexitele acute sau subacute. In ce priveşte sarcina, amintim că ea împrumută inflamaţiilor sau distrofiilor colului uterin un aspect exuberant, foarte înşelător, prin congestia şi imbibiţia gravidică. In plus, intervenţiile chirurgicale şi electrocoagularea prezintă riscul de a trezi

contracţii uterine şi de a da loc la sîngerări impresionante (în cazul electrocoa- gulării, odată cu căderea escarei). în ce priveşte infiamaţiile acute sau subacute ale organelor genitale interne este mai prudent să se răcească în prealabil procesul metroanexial (folosind chimioterapia antimicrobiană intensă şi adecvată, ca şi metodele de stimulare sau modificare a stării generale), iar intervenţia pe col să se facă abia la 3—6 luni după aceasta.

De asemenea, o contraindicaţie, cel puţin temporară, o prezintă infecţiile acute cervico-vaginale, ca şi infecţiile urinare.

CONDIŢII DE EFECTUARE

în afara corectării tulburărilor de ordin general, ca pentru orice operaţie, menţionăm că intervenţiile pe col trebuie să se facă în primele zile după o menstruaţie. O altă condiţie pentru celelalte intervenţii pe colul uterin este dilataţia prealabilă a canalului cervical; aceasta se poate efectua, fie extemporaneu cu dilatatoare Hegar (dar numai cînd intervenţia se face sub anestezie), fie

lăsînd — ceea ce ni se pare preferabil — pentru 6—12 ore, în col, o laminarie sau două.

Dilataţia canalului cervical nu reprezintă numai o condiţie pentru uncie intervenţii asupra colului uterin, ea trebuie considerată în anumite cazuri (hipo- plazii, tulburări funcţionale) ca o intervenţie de sine stătoare, putînd avea prin răsunetul ei neuro-hipofizar, frecvent observat, efectul unei veritabile reflexoterapii.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Cu 2—3 zile înainte de intervenţie, se recomandă irigaţii vaginale (cu soluţie clorurată hipertonică sau ceai de muşeţel), iar imediat înainte de operaţie se face badijonarea cu iod a vaginului şi colului.

Anestezia de ales este, fie cea locală cu infiltraţie în parametru, după premedicaţie, fie anestezia generală cu barbiturice. Evident cînd operaţia (amputaţia de col sau trahelorafia de pildă) se execută ca un timp complementar intr-o intervenţie complexă, de durată mai lungă, este de preferat anestezia generală prin intubaţie oro-traheală sau măcar rahianestezia. Electrocauterizarea nu necesită de obicei anestezie deoarece, excitanţii termici nu sînt percepuţi Ia acest nivel (dacă se protejează bine vaginul, femeia nu resimte decît o jenă datorită stimulării contracţiilor uterine).

TEHNICĂ OPERATORIE

Electrocoagularea colului. *Electrocoagularea în suprafaţă,* folosind cauterul cu bulă, este indicată în ectopia mucoasei endocervicale, precum şi în unele cervicite cronice (erozive, papilare sau polipoide etc.). Intensitatea curentului trebuie reglată în funcţie de vechimea şi profunzimea leziunilor, ca şi de gradul de sclerozare. Este bine să se procedeze la electrocoagularea progresivă, sub controlul vederii, asigurat pe cît se poate de un specul din material rău conducător: sticlă, porţelan, materiale plastice.

Electrocoagularea radiară în profunzime este indicată în cervicitele cronice cu leziuni profunde (ca cele glandulare sau foliculare), scleroase sau foarte intinse (hipertrofice). Se face în prealabil o dilataţie a canalului cervical, apoi crestături adînci, radiare, cu lama cauterului (acestea sînt duse şi In canalul cervical; dacă colul prezintă şi un ectropion, cicatricele formate de liniile longitudinale vor tinde să reîntoarcă buzele colului înăuntru). Glandele chistice sînt distruse la urmă, pe rînd.

Conizarea cu electrocauterul este procedeul ideal de prelevare a biopsiei din colurile suspecte, fiindcă ridică o bucată suficient de întinsă din endo- *fi* exocol şi fiindcă este în acelaşi timp (in eventualitatea că leziunile sînt certificate de examenul anatomopatologic ca benigne) un procedeu terapeutic; ea poate fi întrebuinţată însă şi exclusiv ca intervenţie reparatoare.

Tehnica conizaţiei este foarte simplă: colul este expus cu un specul, prins cu o pensă şi tras în jos. Vîrful ansei este introdus prin orificiul extern; se dă drumul curentului combinat, de secţiune şi coagulare; sîrma taie în col, pe înălţimea ţi grosimea dorită (instrumentul se conduce printr-o mişcare de în- fundare şi rotaţie), enucleînd un con ce nu are coagulată decît o suprafaţă; endocervixul, ca şi epiteliul pavimento» din jurul orificiului extern, se poate examina perfect anatomopatologic (fig. 463).

lăsînd — ceea ce ni se pare preferabil — pentru 6—12 ore, în col, o laminarie sau două.

Dilatafia canalului cervical nu reprezintă numai o condiţie pentru unele intervenţii asupra colului uterin, ea trebuie considerată în anumite cazuri (hipo- plazii, tulburări funcţionale) ca o intervenţie de sine stătoare, putînd avea prin răsunetul ei neuro-hipofizar, frecvent observat, efectul unei veritabile reflexoterapii.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Cu 2—3 zile înainte de intervenţie, se recomandă irigaţii vaginale (cu soluţie clorurată hipertonică sau ceai de muşeţel), iar imediat înainte de operaţie se face badijonarea cu iod a vaginului şi colului.

Anestezia de ales este, fie cea locală cu infiltraţie în parametru, după premedicaţie, fie anestezia generală cu barbiturice. Evident cînd operaţia (amputaţia de col sau trahelorafia de pildă) se execută ca un timp complementar într-o intervenţie complexă, de durată mai lungă, este de preferat anestezia generală prin intubaţie oro-traheală sau măcar rahianestezia. Electrocauterizarea nu necesită de obicei anestezie deoarece, excitanţii termici nu sînt percepuţi la acest nivel (dacă se protejează bine vaginul, femeia nu resimte decît o jenă datorită stimulării contracţiilor uterine).

TEHNICĂ OPERATORIE

Electrocoagularea colului. *Electrocoagularea în suprafaţă,* folosind cauterul cu bulă, este indicată în ectopia mucoasei endocervicale, precum şi în unele cervicite cronice (erozive, papilare sau polipoide etc.). Intensitatea curentului trebuie reglată în funcţie de vechimea şi profunzimea leziunilor, ca şi de gradul de sclerozare. Este bine să se procedeze la electrocoagularea progresivă, sub controlul vederii, asigurat pe cît se poate de un specul din material rău conducător : sticlă, porţelan, materiale plastice.

Electrocoagularea radiară în profunzime este indicată în cervicitele cronice cu leziuni profunde (ca cele glandulare sau foliculare), scleroase sau foarte intinse (hipertrofice). Se face în prealabil o dilataţie a canalului cervical, apoi crestături adînci, radiare, cu lama cauterului (acestea sînt duse şi în canalul cervical; dacă colul prezintă şi un ectropion, cicatricele formate de liniile longitudinale vor tinde să reîntoarcă buzele colului înăuntru). Glandele chistice sînt distruse la urmă, pe rînd.

Conizarea cu electrocauterul este procedeul ideal de prelevare a biopsiei din colurile suspecte, fiindcă ridică o bucată suficient de întinsă din endo- şi exocol şi fiindcă este în acelaşi timp (în eventualitatea că leziunile sînt certificate de examenul anatomopatologic ca benigne) un procedeu terapeutic; ea poate fi întrebuinţată însă şi exclusiv ca intervenţie reparatoare.

Tehnica conizaţiei este foarte simplă: colul este expus cu un specul, prins cu o pensă şi tras în jos. Vîrful ansei este introdus prin orificiul extern; se dă drumul curentului combinat, de secţiune şi coagulare; sîrma taie în col, pe înălţimea şi grosimea dorită (instrumentul se conduce printr-o mişcare de în- fundare şi rotaţie), enucleînd un con ce nu are coagulată decît o suprafaţă; endocervixul, ca şi epiteliul pavimentos din jurul orificiului extern, se poate examina perfect anatomopatologic (fig. 463).

Trahelorafia. Trahelorafia este indicată în rupturile vechi de col, rămase nesuturate la naştere, deoarece acestea favorizează ectropionul mucoasei endo- cervicale, întreţinînd astfel secreţii supărătoare, eventual sîngerări la contact. Operaţia se efectuează mai rar singură, indicaţiile ei nefiind de natură a de-termina femeia să accepte internarea şi intervenţia; de obicei ea constituie un timp complementar, de refacere a colului, înainte sau în timpul unei colpo-perineorafii.

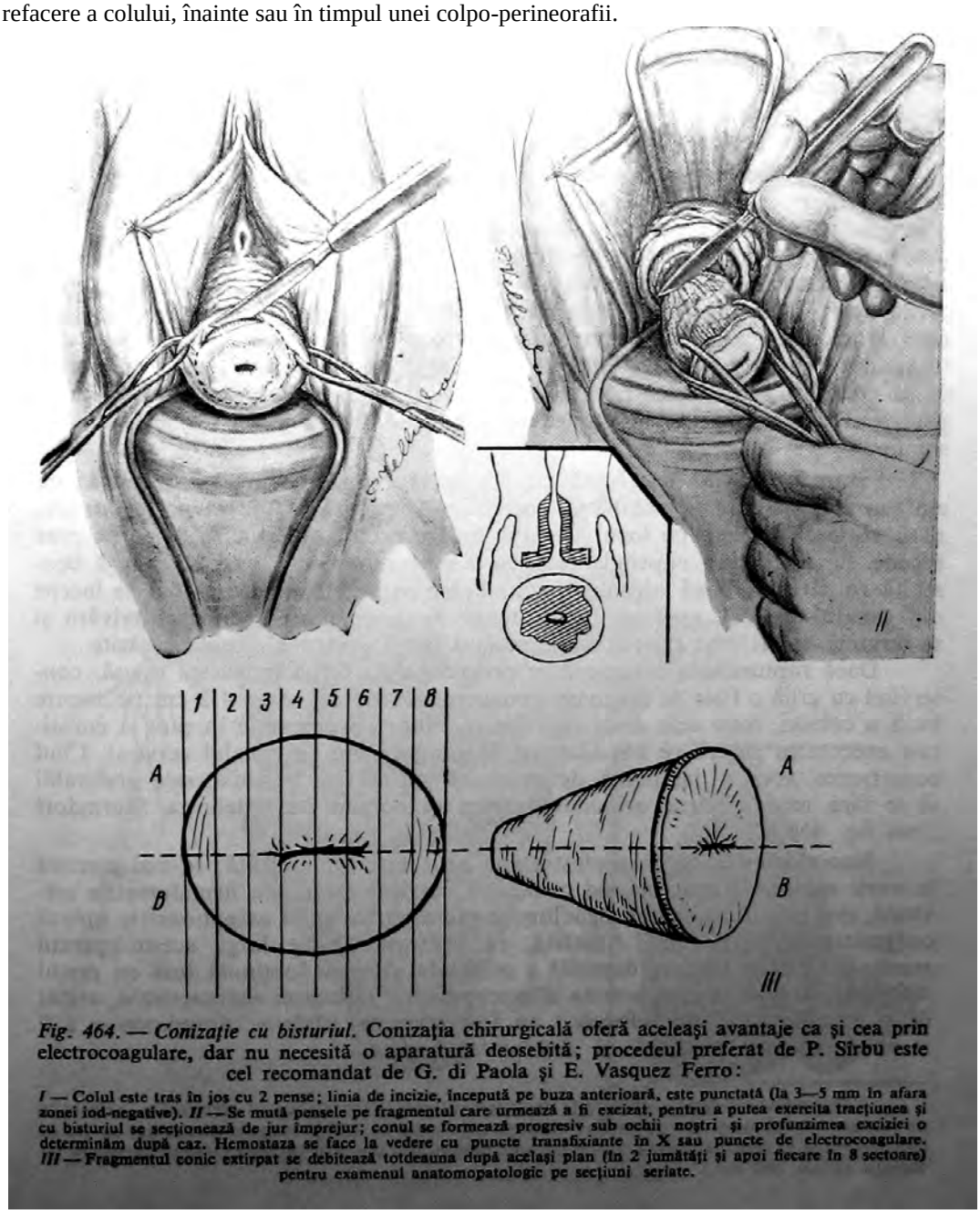


Fig. 464. — Conizaţie cu bisturiul. **Conizaţia chirurgicală oferă aceleaşi avantaje ca şi cea prin electrocoagulare, dar nu necesită o aparatură deosebită; procedeul preferat de P. Sîrbu este cel recomandat de G. di Paola şi E. Vasquez Ferro:**

I **— Colul este tras în jos cu 2 pense; linia de incizie, începută pe buza anterioară, este punctată (la 3—5 mm în afara zonei iod-negative).** ***II*** **— Se mută pensele pe fragmentul care urmează a fi excizat, pentru a putea exercita tracţiunea şi cu bisturiul se secţionează de jur împrejur; conul se formează progresiv sub ochii noştri şi profunzimea exciziei o determinăm după caz. Hemostaza se face la vedere cu puncte transfixiante în X sau puncte de electrocoagulare.** ***III*** **— Fragmentul conic extirpat se debitează totdeauna după acelaşi plan (în 2 jumătăţi şi apoi fiecare în 8 sectoare) pentru examenul anatomopatologic pe secţiuni seriate.**

Trahelorafia are doi timpi (avivarea şi sutura); s-au propus 3 tipuri de avivare:

— în suprafaţă (procedeul Emmeth);
— cu lambouri (procedeul Sânger);
— prin dedublare (procedeul Pestalozza).

Cel mai întrebuinţat şi cu cele mai bune rezultate este procedeul Emmeth, pe care îl vom descrie, şi care constă în avivarea rupturii cu excizia ţesutului cicatriceal, apoi sutura părţilor avivate (fig. 465).

Buza anterioară şi posterioară a colului sînt prinse cu cîte o pensă, cu care, în timp ce se coboară şi se trage colul, către partea opusă rupturii, se şi depărtează — pe cît posibil — cele două buze, una de alta, pentru a expune bine comisura ruptă. Important în această intervenţie este să se excizeze tot ţesutul cicatriceal; o atenţie deosebită trebuie acordată unghiului rupturii, unde există un fel de pană fibroasă şi rigidă, epitelializată pe seama mucoasei vaginale (lamboul de mucoasă vaginală trebuie excizat pe toată întinderea cicatricei, în fundul de sac respectiv, cînd acesta a fost interesat de ruptura propagată de la col). La excizia cicatricei se mai cere o grijă, cu adevărat «cosmetică» pentru ca avivarea pe ambele buze ale colului să aibă aceeaşi formă şi dimensiuni.

Sutura e bine să fie făcută cu fire neresorbabile (nylon sau setolină; nu aţă sau mătase, care se imbibă de secreţii, şi drenîndu-le dintr-o parte într-alta riscă să lase fistulete pe locul fiecărui fir); catgutul obişnuit se resoarbe prea repede. Pe col sutura cuprinde toată grosimea celor două buze cu o grijă deosebită (o cît mai bună afrontare a ambelor suprafeţe mucoase); ea se începe din canalul cervical, apoi pe faţa externă de la unghiul superior al avivării şi se termină la orificiul extern; firele se lasă lungi pentru a fi uşor regăsite.

Dacă ruptura este bilaterală se procedează la fel şi în partea opusă, con- servînd cu grijă o fîşie de mucoasă endocervicală de cel puţin 1/2 cm pe fiecare buză a colului, între cele două linii ale inciziilor; o precauţie în plus o constituie executarea suturii pe un dilatator Hegar introdus în canalul cervical. Cînd conservarea acestor lambouri de mucoasă nu a fost posibilă, este preferabil să se facă reconstituirea orificiului extern al colului după tehnica Sturmdorf (vezi fig. 466 C).

Stomatoplastia. Stomatoplastia este azi foarte rar indicată; se mai practică în unele stenoze cicatriceale ale orificiului cervical extern cu hematometrie cervicală, mai ales după cauterizări chimice sau electrice şi în excepţionelele aplazii congenitale ale orificiului. Altădată, cu indicaţii foarte largi, aceste operaţii menite să ducă la lărgirea durabilă a orificiului cervical (obţinută însă cu preţul deformării colului şi prin aceasta al ectropionului mucoasei endocervicale, urmat de o serie întreagă de tulburări) au fost aproape părăsite, dovedindu-se a fi şi anti fiziologice[1] pe lîngă că sînt antianatomice.

| într-adevăr indicaţia clasică în tratamentul sterilităţii (in cazul stenozelor neînsoţite de hematometrie) nu-şi are raţiunea: stenoza prin care se scurge sîngele menstrual ar putea lăsa să treacă şi spermatozoizii, dacă nu s-ar opune alte condiţii biologice (gleră cervicală cu variaţii ciclice, pH etc.).

S-a mai spus că stomatoplastiile sînt de două feluri, după cum incizia colului este urmată de suturi (în alte sensuri, pentru a conserva dilatarea obţinută), sau de aplicarea unui tub intrauterin (ce se păstrează pe loc cît timp durează cicatrizarea suprafeţelor denudate).

Din prima modalitate de stomatoplastii, procedeul cel mai cunoscut este evidarea comisurală sau procedeul Pozzi. Iată în ce constă această operaţie (care fiind de domeniul istoriei, ne credem îndreptăţiţi să o descriem la trecut); se prindeau cu două pense de col buza anterioară şi posterioară şi după ce se făceau două incizii comisurale de 2—3 cm se depărtau cele două buze şi cu un bisturiu fin se exciza, pe fiecare suprafaţă cruentă, cîte o prismă triunghiulară; punctele de sutură apropiau mucoasa exo- de cea endocervicală (colul rămînea de aspectul unui cioc de raţă întredeschis).

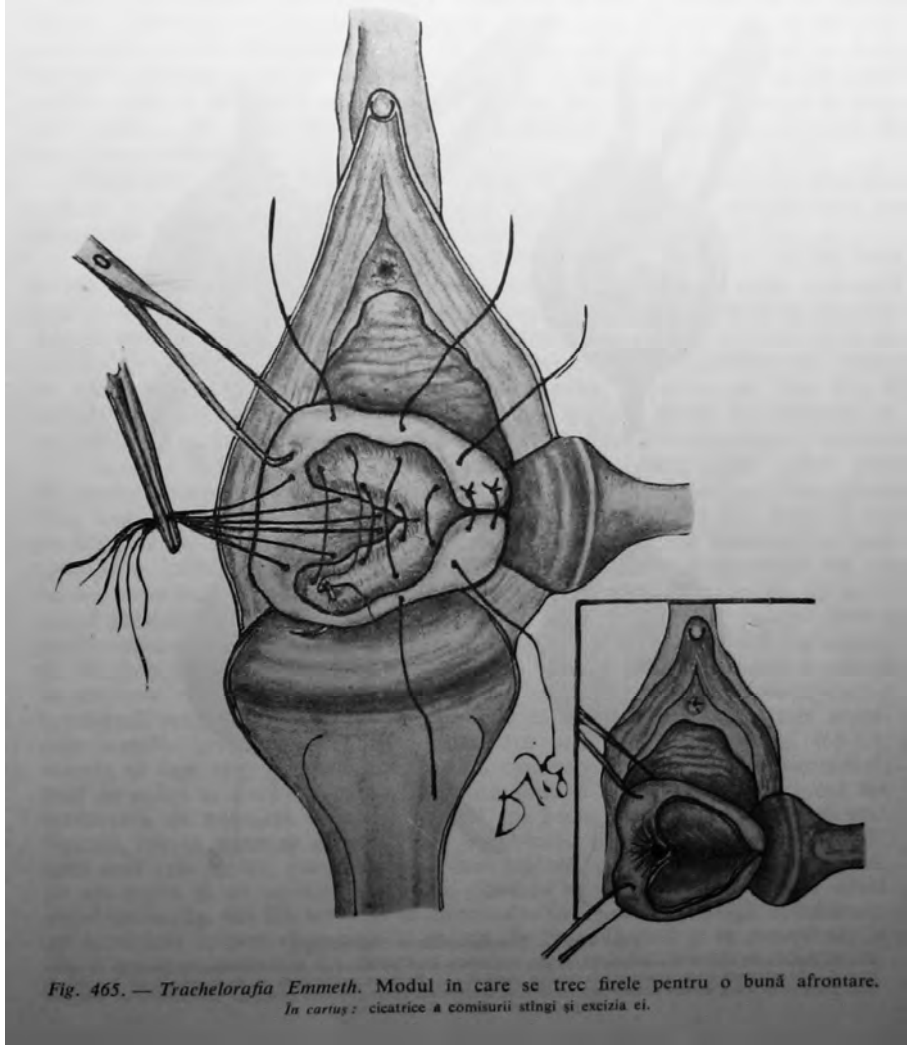


Fig. 465. — Trachelorafia Emmeth. Modul în care se trec firele pentru o bună afrontare. *In cartuş:* cicatrice a comisurii stîngi şi excizia ei.

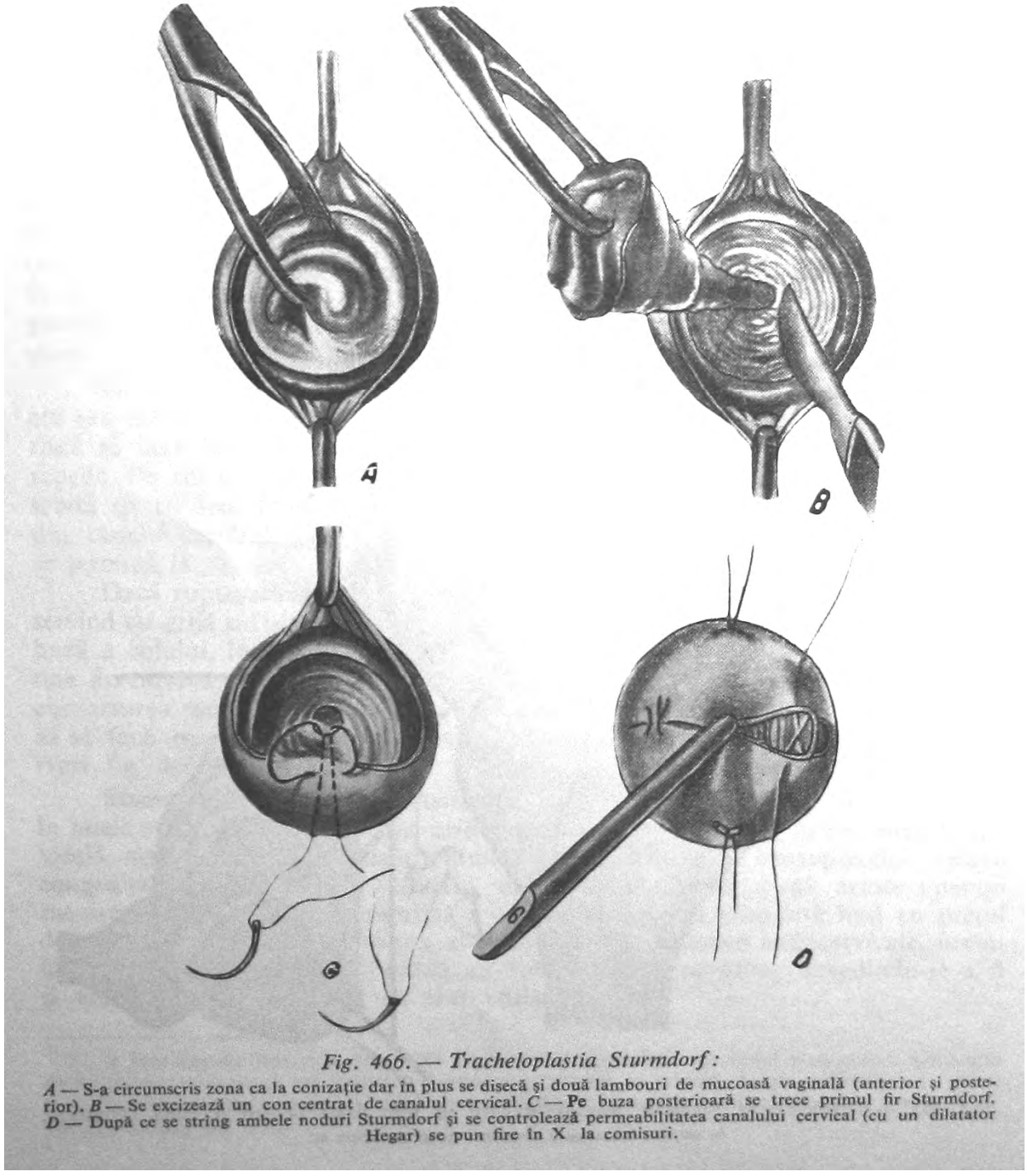


Fig. 466. — Tracheloplastia Sturmdorf :
A — S-a circumscris zona ca la conizaţie dar în plus se disecă şi două lambouri de mucoasă vaginală (anterior şi posterior). *B* — Se excizează un con centrat de canalul cervical. *C* — Pe buza posterioară se trece primul fir Sturmdorf. *D* — După ce se string ambele noduri Sturmdorf şi se controlează permeabilitatea canalului cervical (cu un dilatator Hegar) se pun fire în X la comisuri.

Douay, în speranţa de a perfecţiona această operaţie (extinzînd lărgirea colului şi la orificiul intern), a propus o modificare, ce constă din excizia unei pene prismatice din unghiul format de buza anterioară şi posterioară a colului după inciziile comisurilor; această modificare este de execuţie atît de dificilă, încît chiar autorul a abandonat-o; în plus ea întunecă şi mai mult prognosticul funcţional (pe lîngă deformarea colului cu ectropion întins, predispunînd la infiamaţia cronică a mucoasei endocervicale şi la avorturi sau naşteri premature).

A doua modalitate de stomatoplastie foloseşte, fie un tub rigid ferestruit, prevăzut la extremitatea inferioară cu un pavilion bivalv, cu orificii pentru trecerea firelor (tubul Iribarne), fie un tub elastic de cauciuc similar ca aspect, numai că extremitatea lui superioară aminteşte ciuperca sondei Pezzer (tubul Douay). Operaţia se face imediat după menstruaţie şi constă în incizia bilaterală a colului la nivelul comisurei, introducerea tubului şi fixarea lui cu două fire neresorbabile care se trec prin orificiile pavilionului şi unghiurilor comisurilor (cînd se utilizează un tub elastic se face în prealabil o dilataţie a canalului cervical, iar tubul este ghidat cu histometrul); tubul este scos înainte de menstruaţia următoare.

Traheloplastia. Traheloplastia, fondată pe aceleaşi considerente biologice eronate, a avut şi ea aceeaşi soartă ca şi stomatoplastiile; procedeul clasic cel mai cunoscut, procedeu Dudley, practic nu se mai execută.

Singurul procedeu de traheloplastie folosit (fiindcă respectă cel mai bine forma şi structura colului şi evită, atunci cînd este executat cu grijă, stenozele) este considerat, azi, cel al lui Sturmdorf, denumit impropiu amputaţia conoidă. Acesta este indicat (în lipsa aparaturii electrochirurgicale pentru conizaţie) de unele rupturi neregulate ale colului sau ectopii întreţinînd inflamaţii rebele,

de unele distrofii cum ar fi cele glandulo-chistice, polipoza etc. (mai ales la femeile în preajma menopauzei); de asemenea metoda poate fi considerată ca un mijloc de a obţine material pentru un examen anatomo-patologic al colului.

Se face o incizie circulară în jurul orificiului extern circumscriind zona de aspect macroscopic patologic, după ce, cu o pensă Museux, s-a apucat buza cea mai proeminentă şi s-a coborît colul (fig. 466 A). Cu bisturiul sau un foarfece fin se disecă mucoasa ce acoperă colul, în jurul inciziei, mai mult anterior şi posterior mai puţin lateral, apoi cu bisturiul se excizează din col un con, centrat pe canalul cervical (fig. 466 B) al cărui vîrf nu trebuie să depăşească proximal 1/2 pînă la 2/3 din distanţă pînă la orificiul intern (pentru a evita pericolul de stenoză ulterioară); dealtfel, degerescenţa chistică a glandelor nu atinge decît 1/2 sau cele 2/3 inferioare ale colului. Fiindcă această suprafaţă de secţiune sîngerează de obicei abundent, se poate face prin forcipresură o hemostază (asigurată definitiv prin electroagulare). Următorul timp este acoperirea conului creat cu lamboul de mucoasă prealabil preparat (fig. 466 *C);* aceasta se face prin punctele invaginante, caracteristice procedeului Sturmdorf; firul de nylon se trece cu un ac Hagedorn solid şi foarte curb, printr-unul din lambourile de mucoasă vaginală disecată (pe buza inferioară mai întîi de preferinţă), foarte aproape de marginea lui liberă, şi cît mai pe linia mediană; apoi acul este trecut, din canalul cervical înafară, prin toată grosimea colului, cu un capăt şi cu celălalt al firului. Cînd se trage de capetele firului, odată astfel trecut (fig. 466 D), lamboul de mucoasă se invaginează în plagă aplicîndu-se pe jumătatea respectivă a conului excizat. Se înnoadă firul şi se procedează la fel şi pe buza cealaltă. La trecerea acestor fire trebuie evitată cu atenţie perforarea organelor cavitare vecine (mai ales a vezicii, al cărui fund este bine să fie pus, pentru aceasta, în **evidenţă cu o sondă metalică introdusă prin ure-** tră). Comisurile se suturează **apoi cu cîte un fir în x profund, care asigură,** ca şi firele invaginante, **şi hemostaza.**

Amputaţia colului uterin. Sub această denumire se includ de obicei atît rezecţiile parţiale, cît şi amputaţia propriu-zisă; cum termenul de amputaţie este curent folosit în acest sens, vom distinge pe cele din urmă ca amputaţii înalte supravaginale.

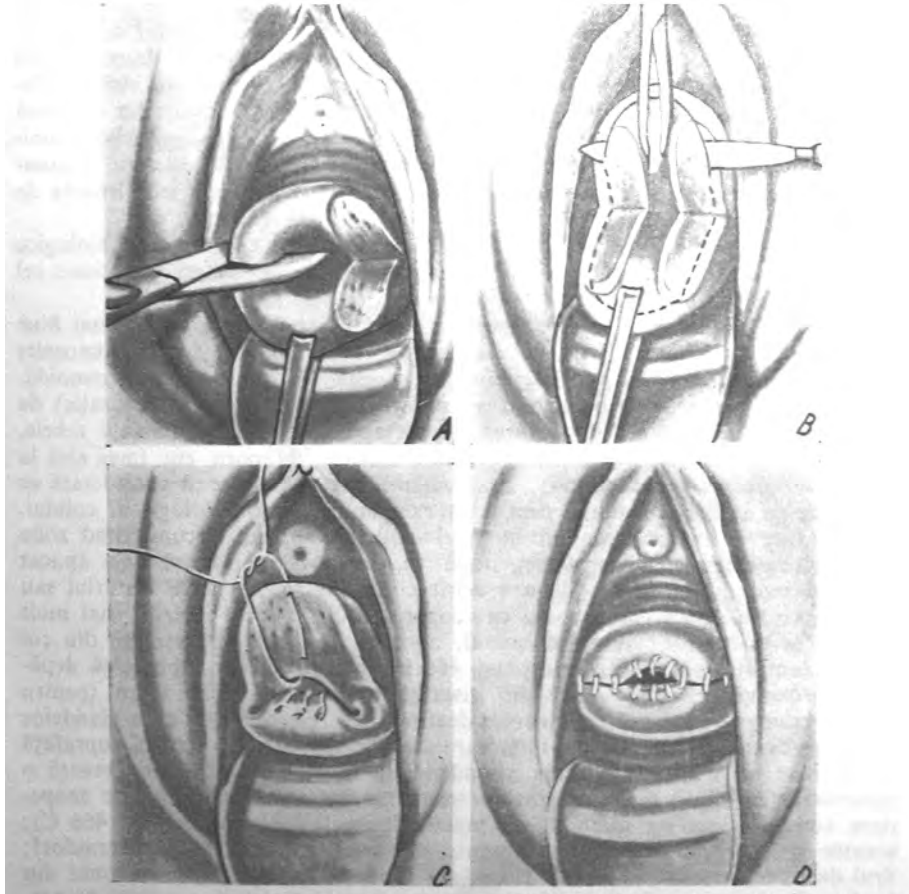


Fig. 467. — Procedeul Schroder :
A — Secţiunea comisurilor. *B* — Excizia unui lambou din buza anterioară. *C* — Lamboul format de buza posterioară a fost suturat; strîngerea primului fir trecut prin buza anterioară. *D* — Aspectul colului după operaţie (cam idealizat!).

Aceasta este indicată de alungirea colului sau hipertrofia porţiunii intra- vaginale; de asemenea, în rupturile de col vechi, cînd acestea sînt mari şi neregulate, ca şi în displaziile agravate ale colului uterin; metoda este încă mai frecvent folosită în unele operaţii de restabilire sau corectare a statisticii organelor pelviene (operaţia Fothergill, Halban, Spalding-Richardson etc).

- Procedeul cel mai cunoscut de rezecţie parţială este cel descris de Schroder: după dilatarea canalului cervical, se fac două incizii comisurale pînă aproape de inserţia vaginului (fig. 467 A); se excizează apoi din fiecare buză (sau numai din cea anterioară, în hipertrofia tapiroidă a acesteia) un lambou transversal ca o felie de pepene (fig. 467 B). Buzele colului rămase mai subţiri (totuşi prea puţin suple) sînt răsturnate înăuntru, pe suprafaţa de secţiune, şi fixate cu fire separate de nylon (fig. 467 C). Rezultatul plastic al acestui procedeu este adesea defectuos: colul aproape nu mai există, fundul vaginului rămîne neregulat cicatriceal.

Un rezultat mai bun se poate obţine combinînd, cum propune Ibarbia, discizia comisurală şi rezecţia lambourilor de pe fiecare buză (ca în procedeul Schroder, de execuţie uşoară) cu plastia vaginală a suprafeţelor sîngerînde, prin nodul invaginant (ca în procedeul Sturmdorf) (fig. 468).

Celelalte procedee de rezecţie parţială a colului uterin au rămas mai mult de domeniul istoriei. Astfel, de exemplu, procedeul Simon—Marckwald, în care după secţiunea comisurilor, se excizează cîte un fragment cuneiform adînc de cca 2 cm, din fiecare

buză, păstrînd lambouri egale de mucoasă vaginală şi endocervicală; are indicaţii cu totul excepţionale (punînd condiţia ca ambele mucoase să nu prezinte leziuni marcate) şi nu dă un rezultat plastic superior.

— Amputaţia înaltă, supravaginală a colului (fig. 469) se face după ce colul este puternic coborît cu pense sau fire-tractor, şi canalul dilatat. Incizia circulară în jurul colului dezinseră vaginul, care este decolat anterior pînă la fundul de sac vezico-uterin şi posterior pînă la Douglas (deschiderea acestora e bine să fie evitată). Pe părţile laterale ale colului se inseră baza ligamentelor cardinale; cum la acest nivel se găsesc ramurile cervicale ale uterinei, este necesar să se pună cîte o ligatură. Pentru asta se trage de col într-o direcţie şi de peretele vaginal în sens opus, întinzînd parametrul ca o coardă; apoi se prinde cu o pensă solidă, la 3—4 mm în afara colului, şi după ce se secţionează ligamentul respectiv se trece cu acul un fir subţire prin istmul uterin, şi se leagă în afara pensei. După ce se procedează la fel şi în partea opusă, istmul este secţionat cam un cm sub aceste ligaturi cu bisturiul, care trebuie dirijat cu vîrful în sus, către cavitatea uterină. Plastia bontului uterin se face cu excesul pe mucoasă vaginală, ce a fost decolat, invaginîndu-1 prin noduri Sturmdorf; mucoasa vaginală se mai apropie la comisuri cu cîte un fir în x, sau cîteva fire separate. Ligaturile bazei ligamentelor largi şi plastia cu mucoasă vaginală asigură hemostaza.

TRATAMENTE ŞI ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICAŢII

Odată operaţia sau electrocoagularea terminată, orice procedeu s-ar folosi, se lasă în vagin pulbere de sulfatiazol, nebacetină sau alt antibiotic pulverizat cu un spray[23]. Este bine ca bolnava să fie prevenită că va avea scurgeri, uneori abundente şi, eventual, dureri abdominale (precum şi o sîngerare mai abundentă la prima menstruaţie ce urmează). In primele două zile după electroagulare, scurgerile sînt apoase; apoi ţesutul ars, necrotic, infectîndu-se, scurgerile vor âeveni sero-sanguinolente şi urît mirositoare (pentru aceasta, din a 4-a z^e recomandă spălături vaginale detergente şi dezodorante, cu precauţia de a nu introduce canula vaginală prea adînc). Dacă bolnava prezintă dureri abdominale, i se prescriu 24—48 ore repaus la pat. între a 8-a şi a 10-a zi, odată cu căderea escarei, scurgerile devin sanguinolente, uneori se produce o mică hemoragie, care este rareori aşa de importantă pentru a necesita un tamponament.

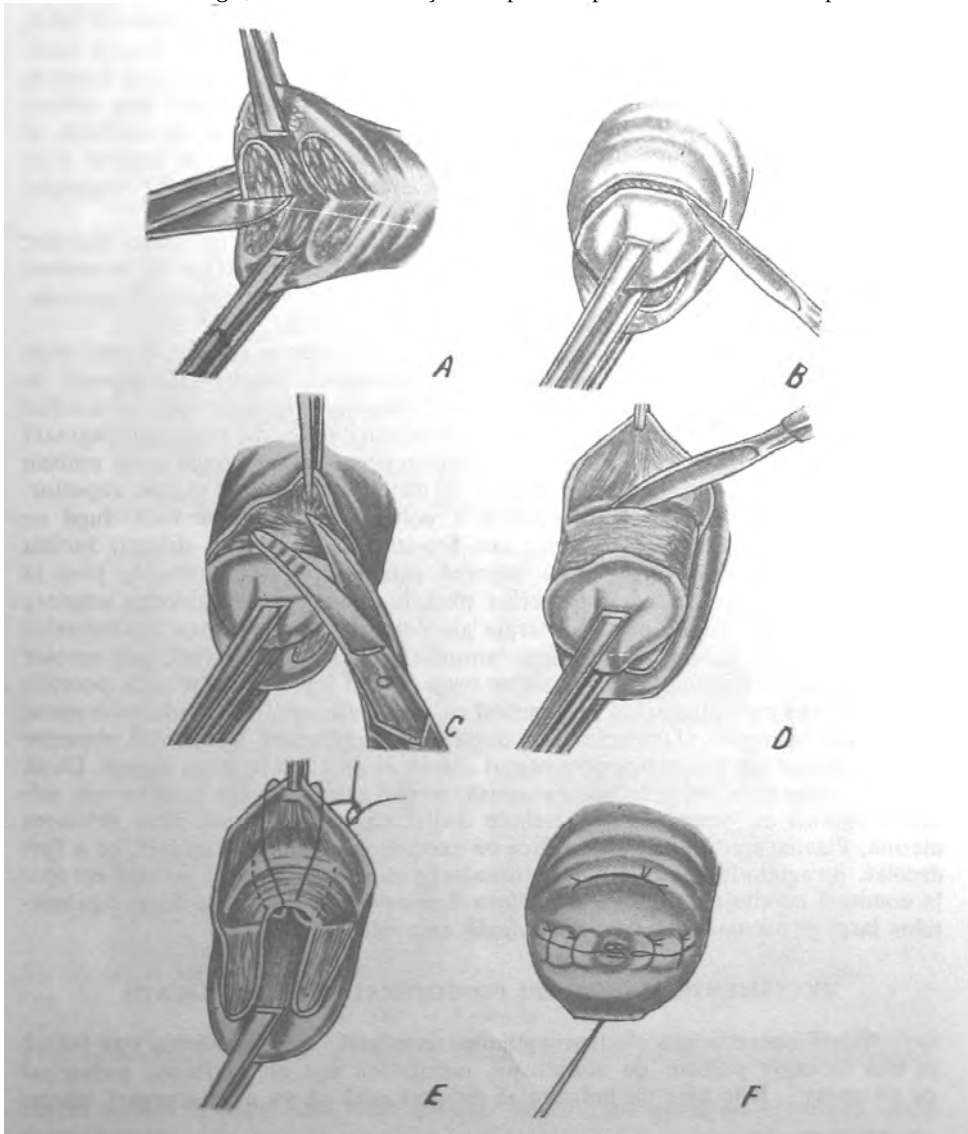


Fig. 468. — Procedeul Ibarbia :
A — Secţiunea comisurilor; *B* — Incizia circulară a mucoasei vaginale. *C* — Disecţia lamboului anterior al mucoasei vaginale; *D* — Rezecţia buzei anterioare a colului; *E* — Nodul Strurmdorf pentru plastia buzei anterioare. *F* — Aspectul colului după operaţie.

[23] **După 24—48 de ore, cînd s-a făcut electrocoagularea, este bine să se detaşeze cu un instrument bont escara organizată prin coagularea mucusului, la nivelul orificiului extern al colului pentru a permite drenarea secreţiilor uterine.**

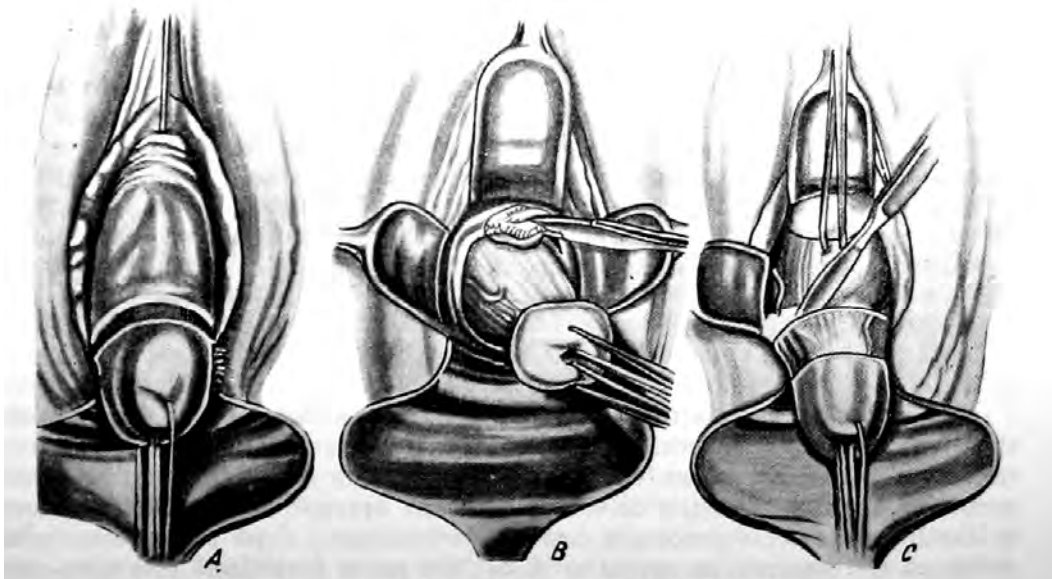


Fig. 469. — Amputaţia înaltă, supravaginală a colului (după Halban):
A — Incizie circulară a mucoasei vaginale. *B* — Decolarea vezicii cu foarfeca sau cu compresa montată. *C* — Amputaţia colului după ligatura vaselor cervico-vaginale.

Bolnava trebuie avertizată şi pentru această eventualitate; de asemenea, că menstruaţia ce va urma poate începe ceva mai devreme şi poate fi mai abundentă.

Este foarte important de a urmări mai departe bolnavele ce au suferit o electrocoagulare: după trei săptămîni trebuie verificată permeabilitatea canalului cervical cu histerometrul; dacă la această explorare se constată că s-au constituit stricturi, se începe de îndată dilatarea. Vindecarea completă după electrocoagulare durează 5—6 săptămîni, dar trebuie semnalat că recidivele nu sînt deloc excepţionale.

După operaţiile asupra colului uterin în care s-au folosit fire neresorbabile acestea se scot la 14—15 zile. Folosirea acestor fire este recomandabilă, dacă lipseşte catgutul cromat (care se resoarbe mai încet ca cel comun); într-adevăr este cunoscută relativa frecvenţă a hemoragiilor postoperatorii, ce se produc cînd catgutul începe să cedeze (controlul acestor hemoragii este deosebit de dificil, din cauza ţesuturilor infiltrate şi friabile în primele zile după operaţie precum şi prin faptul ca adesea operaţia pe coi se face odată cu colpoperineorafia, ce stînjeneşte accesul în profunzime). Cel mai indicat este, în astfel de cazuri, să se tamponeze vaginul; numai dacă sîngerarea nu poate fi astfel stăpînită, se va încerca punerea unor fire în x pe locul ce sîngerează, sau, pentru un timp, pense Henkel pe uterine. O complicaţie mai rară, particulară traheloraţiei este fistula laqueară ce constă în persistenţa unui traiect ce uneşte cavitatea cervicală cu vaginul; ea poate fi evitată prin excizia corectă a epiteliului vaginal din unghiul plăgii; odată produsă, singura soluţie este avivarea şi resuturarea.

REZULTATE

Rezultatele intervenţiilor plastice şi reparatoare asupra colului uterin sînt în funcţie de justeţea indicaţiei şi corectitudine a tehnicii. Numeroase observaţii de sterilitate, avorturi, naşteri premature şi distocii de părţi moi au arătat, de multă vreme, că urmările îndepărtate ale acestor intervenţii nu sînt de natură a ameliora în toate cazurile prognosticul funcţional. S-a spus că frecvenţa şi durata sarcinilor viitoare este în raport direct cu scurtarea colului prin operaţie; ca orice generalizare, aceasta constituie, fără îndoială, o notă de exagerare. Nu este mai puţin adevărat că pentru situaţia din prezent, profilaxia leziunilor citate ca indicaţii pentru intervenţiile pe col reprezintă idealul.

4. NEOCOLPOPOIEZA

Crearea unui vagin artificial, neocolpopoieza \ s-a încercat şi se mai practică şi azi, prin metode nesîngerînde (taxis), ca şi prin foarte variate operaţii; numărul important de tehnici care au fost folosite arată evident că nici una nu dă deplină satisfacţie, din toate punctele de vedere. în aceste operaţii, intenţia plastică poate fi lăsată pe socoteala procesului natural de vindecare, după ce s-a creat prin decolarea rectovezicală un spaţiu artificial; sau poate fi realizată prin auto- sau homogrefe, de provenienţă foarte diversă, ca şi prin transplantare de tegumente sau de segmente de tub digestiv; intenţia reparatoare poate să se limiteze la crearea neovaginului, sau, cînd uterul există, să caute refacerea continuităţii tractului genital, racordînd neovaginul creat (de obicei într-un timp secundar) la uter.

Absenţa congenitală de vagin a fost descrisă pentru prima dată de Realdus Columbus (1572), dar prima încercare de corectare chirurgicală a fost făcută în 1817 de Dupuytren, care a efectuat un clivaj vezico-rectal, urmat de tampo- narea spaţiului creat; rezultatul nefericit al intervenţiei (exitus prin septicemie) a făcut pe chirurgii vremii să renunţe la alte tentative operatorii. Dar odată cu introducerea antisepsiei şi apoi a asepsiei, metodele chirurgicale iau o mare dezvoltare: Heppner (1872) face prima plastie cu lambouri de piele, Sneghirev (1892) transplantează pentru prima oară porţiunea inferioară a rectului, cuprin- zînd şi sfincterul anal, în canalul decolat (dar bolnava rămîne cu incontinenţă de fecale); Gersuny (1897) transplantează, cu rezultate mai bune, numai

peretele anterior al rectului, totuşi fistulele rectale erau foarte frecvente. Baldwin (1904) sugerează posibilitatea de a crea neovaginul dintr-o ansă de intestin subţire sau de sigmoid şi efectuează prima plastie ileală. Cu posibilităţile chirurgicale de la începutul secolului, mortalitatea acestor operaţii îndrăzneţe era disproporţionat de mare (17—20% pentru plastia ileală) faţă de scopul urmărit, încît, pe bună dreptate, s-au ridicat atunci proteste şi s-au formulat chiar îndoieli asupra necesităţii şi legitimităţii unor astfel de intervenţii chirurgicale, la nişte fete tinere neatinse de vreo boală propriu-zisă.

Dar persoanele prezentînd această anomalie au în genere ovare şi organe genitale externe, cît şi alte caractere sexuale secundare normal dezvoltate; ele doresc să aibă raporturi sexuale şi imposibilitatea practicării acestora, dacă sînt măritate le ameninţă durabilitatea căminului, şi dacă nu sînt, le împiedică de a se căsători. Unele femei, obsedate de infirmitatea lor pot ajunge la tulburări psihice şi chiar la sinucidere, încît după cele mai valabile principii ale eticii medicale, în zilele noastre, purtătoarele unor astfel de anomalii trebuiesc ajutate: ele cer operaţia pentru a putea să aibă raporturi sexuale cvasinormale şi se sinchisesc mai puţin de considerentul, pur teoretic, al «imoralităţii» acestora (prin faptul că, în cele mai multe cazuri, operaţia nu poate deschide decît calea raporturilor sexuale, nu şi pe aceea a procreării).

Azi, argumentele «morale» ridicate împotriva scopului pe care intervenţia îl urmăreşte, nu pot rezista ideii sănătoase, că aceste femei, aproape normale, trebuiesc redate vieţii sociale şi nu trebuiesc trecute în rîndul infirmelor, cel puţin moralmente, datorită unui defect pe care ginecologul este capabil de a-1 . corecta.

în sfîrşit, dezvoltarea şi progresele metodelor chirurgicale moderne, de anestezie şi reanimare, precum şi adăpostul oferit de chimio- şi antibioterapie, au redus foarte mult riscurile intervenţiilor, încît se poate spune că s-a ajuns azi în situaţia în care nu mai trebuie refuzată o persoană care solicită crearea unui vagin artificial (dacă nu prezintă şi alte malformaţii majore, renoureterale asociate), ci numai ales momentul optim al intervenţiei şi metoda cea mai apropiată cazului.

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

Dacă principiul necesităţii şi legitimităţii intervenţiei pare deci bine stabilit- problema eficienţei diferitelor operaţii propuse este departe de a ralia unanimi, tatea în favoarea vreuneia; alegerea tehnicii rămîne în funcţie de unele particularităţi ale fiecărui caz (legate, cum se va arăta, de starea anatomoclinică sau de dorinţa bolnavelor), dar mai ales de aptitudinile sau preferinţele operatorului, dacă nu chiar de tradiţia unor şcoli.

Principiile şi eficienţa tehnicilor operatorii propuse şi utilizate pentru neo- colpopoieză sînt fatalmente foarte diferite, încît va trebui să le înşiruim grupate în ordinea complexităţii crescînde a tehnicilor (cu variantele lor, ivite pe parcursul timpului). în afara presiunii vestibulare discontinue, sau metoda nesîngerîndă, se pot distinge următoarele grupe de operaţii:

— clivajul spaţiului rectovaginal fără grefe (clivaj care reprezintă dealtfel primul timp pentru orice metodă sîngerîndă de neocolpopoieză);

-— autografele cutanate, libere şi pediculate;

— autoplastia peritoneală, homogrefele amniotice şi de mucoasă vaginală, cămaşă de chist, sac herniar etc. şi

— plastia cu segmente de tub digestiv (rect, sigmoid, ileon, stomac).

Metoda nesîngerîndă a fost reluată de Frank (în 1938) care, remarcînd

existenţa constantă a unui mic infundibul ce continuă regiunea vulvară, a încercat sporirea dimensiunilor lui prin taxis, în şedinţe zilnice de cîte 1/4 oră, folosind un tub rigid de calibru progresiv crescut. Eficienţa metodei, complet anodină, depinde de tenacitatea femeilor; autorul a obţinut în şase cazuri un vagin de 6 cm lungime, după 4 săptămîni; apoi funcţia însăşi a sporit dimensiunile organului. Metoda este indicată la fete tinere, nemăritate, în cazul refuzului unei intervenţii chirurgicale, sau cînd asocierea altor malformaţii contraindică operaţia.

— *Clivajul spaţiului recto-vezical,* neurmat de grefe, a fost iniţiat de Dupuy- tren şi reluat de Wharton (1938); operaţia se sprijină pe principiul că epiteliul adult de la nivelul vestibulului va prolifera, acoperind spaţiul decolat (ceea ce necesită timp de cel puţin o lună), aşa încît pentru a permite epitelializarea cavităţii create este necesară menţinerea ei cu mulaje din materiale plastice, pirex, cu balonaşe umflate sau cu prezervative, sau degete de mănuşi de cauciuc umplute cu meşe; cu toate astea cavitatea are o tendinţă pronunţată la retracţie şi reclamă dilataţii permanente, foarte dureroase. Tehnica, cunoscută în general sub numele de procedeul Counseller (ar trebui să fie denumită Dupuytren-Wharton-Coun- seller) fiindcă acesta, împreună cu Davies a avut cea mai largă experienţă a clivajului simplu neurmat de grefe, revenind la această tehnică după ce un timp a folosit, de altfel printre primii, procedeul cu grefă dermoepidermică liberă; procedeul a raliat în ultimul timp un număr de operatori cu statistici dintre cele mai i mportante.

— *Clivajul urmat de autotransplante, autohomogrefe* cutanate, mucoase, peritoneale, amniotice etc. sînt metode puţin periculoase pentru viaţa femeii, dau rar rezultate de durată, deoarece în majoritatea cazurilor neovaginul se sclerozează (mai ales după eliminarea homogrefelor) sau poate fi uscat, lipsit de elasticitate uneori chiar plin cu peri.

Cea mai simplă dintre aceste metode este grefa amniotică propusă de Brin- deau, care lasă spaţiul creat prin clivaj să se epidermizeze din micile grefe de epi- teliu amniotic ce se prind şi se pot recunoaşte cu ochiul liber, la 8 zile cînd se scoate meşa, sub forma unor insule punctiforme-albicioase. Operaţia tot aşa benignă ca şi clivajul simplu, nu lasă cicatrice indelebile ca procedeul cu auto- grefe, dar neovaginul, deşi epiteliul ce-1 tapetează va căpăta curînd caracterele biologice ale epiteliului vaginal normal (Snoeck, Fanard şi Rocmans), nu este un conduct cu pereţi proprii: el va avea în permanenţă tendinţa la retracţie. în plus, cu toată protecţia antibioticelor infecţia, inevitabilă pînă la completa epite- lializare a spaţiului creat prin decolare, accentuează tendinţa la stenoză a neo- vaginului.

De la o concepţie asemănătoare porneşte şi procedeul propus de Kleitsman, care în locul membranei amniotice, întrebuinţează vernix caseosa, prelevat, cu toate măsurile de asepsie, de pe pielea unui nou născut la termen.

Apariţia instrumentelor specializate (dermatomul electric), permiţînd detaşarea unor lambouri dermo-epidermice întinse, a reactualizat tehnica de creare a neovaginului cu grefe libere dermo-epidermice, folosită altădată de Abb£, Forgue (în Franţa), S. G. Salita (în Rusia) şi Bumm, Kirschner şi Wagner (în Germania); în ţările de limbă engleză metoda este atribuită pe nedrept lui Counseller şi Mclndoe (care publică primele cazuri în 1936 şi respectiv 1938). La noi în ţară cea mai largă experienţă cu acest procedeu o are fără îndoială Dan Alessandrescu.

Procedeul se sprijină pe faptul de observaţie că în interiorul cavităţilor naturale sau artificial create, pielea suferă un proces de metaplazie care o apropie ca aspect de cel al mucoaselor. Deşi Miller şi Wilson au arătat prin biopsii că epiteliul acesta nu se distinge de mucoasa vaginală normală, iar descuamarea neova- ginului, cînd există activitate ovariană, prezintă aceleaşi variaţii ciclice ca ale unui vagin normal, H. Robert contestă că o grefă de orice natură poate lua aspectul de mucoasă vaginală şi susţine că ori de cîte ori se întîlneşte un epiteliu de tip vaginal, acesta este provenit din acoperirea prin alunecare, din epiteliul vesti- bular, al unui defect total sau parţial de prindere a grefei.

De asemenea, Ulfelder constată că în ciuda asemănării macroscopice cu mucoasa vaginală normală, pielea grefată în spaţiul de clivaj rectovezical, continuă să exfolieze celule anucleate (diferenţa se micşorează în timp, dar totuşi persistă).

Avantajele acestui procedeu sînt marea lui simplicitate, precum şi faptul că, practic nu este grevat de mortalitate, iar inconvenientele că neovaginul este expus retracţiei (în primele 36 luni) şi prelevarea grefelor lasă cicatrici întinse.

— *Autoplastia peritoneală* a fost propusă de Stoekel şi K. Romer şi reluată de P. Bloch (1949) şi H. Robert (1955); tehnica nu se aplică decît în cazurile de sindrom Rokitanski-Kuster-Hauser, dar aşa cum se ştie această eventualitate este de departe cea mai frecventă (2/3 din cazuri). Metoda constă în decolare rectovezicală, după care în spaţiul creat, se introduce un mandren de meta-acrilat de metil; apoi prin coeliotomie, după inventarul anomaliilor, se incizează peritoneul posterior, lăsînd un mare lambou vezical; în fine se face o cloazonare rectovezicală, excluzînd Douglasul.

Avantajul acestei metode ar fi că evită scurtarea ulterioară a neovaginului şi că permite în cele două-trei luni în care din cavitatea creată dispare epiteliul peritoneal, o tapisare progresivă cu epiteliul vestibular, mucoasă foarte apropiată de cea a unui vagin normal. Inconvenientele procedeului sînt că atrage către vulvă odată cu peritoneul, trompele şi ovarele, că pot persista comunicări cu marea cavitate peritoneală (de unde risc de infecţii şi fistule recto- şi vezico- vaginale).

Cînd există uter funcţional Kazancigil propune coborîrea uterului prin canalul de clivaj pînă aproape de vulvă.

Mai recent (1972) Willfingseder propune pentru acoperirea spaţiului creat prin clivaj, grefe cu mucoasă intestinală. După acest autor la 15 zile mucoasa ar lua un aspect asemănător mucoasei vaginale. Numărul mic de cazuri comunicate (5 cazuri) ca şi timpul scurt de cînd a fost propusă metoda, o fac însă puţin convingătoare.

—*Autotransplantele cutaneo-mucoase pediculate* (Heppner, 1872, Beck) nu diferă în principiu decît după locul de unde se prelevă lambourile: de pe coapse (Frank, Geist); de pe regiunile inghino-crurale sau fesiere (Ombredanne, Sicard); din buzele mari (Bummer, Kovacs) sau mici (Pupei, Graves).

Toate lasă cicatrici foarte urîte, ultimile chiar «desfigurează» perineul, fără a crea un vagin la adăpost de necesitatea unei calibrări continue, ba cu unele inconveniente în plus: vagin cu pereţi albi şi groşi ca pielea, uneori plin

cu păr; durata lungă de spitalizare întrucît fiecare din aceste operaţii se efectuează în mai mulţi timpi (3—4) etc.

— *Autoplastiile cu segmente de tub digestiv* au dezavantajele marilor operaţii abdominale: ele necesită pe lîngă o echipă chirurgicală antrenată şi condiţii materiale, care să pună la adăpost viaţa bolnavilor (posibilităţi de anestezie-reanimare-terapie intensivă, aspiraţie duodenală etc.), dar au şi avantaje incontestabile: asigură un vagin de lungime şi calibru cvasi-normal şi imediat obţinut, cu mucoasă adevărată (nu piele cicatriceală) şi lasă o singură cicatrice vizibilă (cea de coeliotomie).

Dintre aceste metode *plastia rectală* propusă de Sneghirev (1892) practicată şi ameliorată succesiv de Gersuny (1897), D.D. Popov (1910), G. Schubert (1911), Menge, Wagner, Cristea Grigoriu (1922), nereclamînd deschiderea cavităţii peritoneale, prezenta înainte de era antibioticelor marele avantaj al unei mortalităţi relativ scăzută (5%), dar şi următoarele inconveniente: tehnica foarte complicată, folosea un segment de tub digestiv lipsit de mezou (de aci necroze şi fistule frecvente ale rectului); în plus, această metodă, de domeniul trecutului, expunea adesea la infecţia spaţiului pararectal (dînd pararectite rebele) şi destul de frecvent la tulburări sfincteriene (cu incontinenţă de fecale şi gaze).

Plastia ileală, aşa cum a fost propusă de Baldwin (1904) punea o condiţie dublă: mezenterul ansei şi pilierii arteriali ai arcadelor mezenterice să aibă o lungime suficientă; aceasta neputînd fi recunoscută decît intraoperator şi neîntîlnindu-se decît aproximativ la 1/3 din cazuri, se transformă adesea într-o surpriză dezagreabilă. Baldwin cobora ansa intestinală îndoită în ţeavă de puşcă pentru a preveni tensiunea mezoului (ceea ce crea şi dezavantajul unui pinten în mijlocul neovaginului!); în modificarea de tehnică propusă de Mori, care a folosit primul ansa ileală neîndoită, riscul punerii în tensiune a mezoului era şi mai mare; pentru a ocoli acest inconvenient s-au propus unele artificii:

— P. Brocq (1951) a secţionat peritoneul pe ambele feţe ale mezenterului şi doi dintre pilierii vasculari reuşind astfel să lungească efectiv mezoul şi să asigure vascularizaţa ansei;

— la acelaşi artificiu a recurs şi la noi în ţară Mandache (inspirîndu-se pentru pediculizarea ansei tot de la metoda folosită la esofago-plastia jejunală); Mandache mai recomandă folosirea ca tulpină hrănitoare, a pilierului de la nivelul capătului distal al ansei excluse: în acest fel ansa aleasă va fi coborîtă anti- peristaltic, putînd fi dusă cu uşurinţă foarte, foarte jos. în acelaşi timp Mandache rezecă excesul capătului de ansă, rămas proximal mărind astfel debitul vascular al grefonului şi reducînd secreţia noului vagin.

Fiindcă în afara inconvenientelor semnalate plastia de ileon mai este grevată de următoarele servituţi:

— secreţia abundentă a neovaginului (care produce uneori iritaţia organelor genitale externe);

-—faptul că mucoasa intestinului subţire este mai fină, mai vulnerabilă la traumatisme.

*Plastia sigmoidiană*I propusă de Baldwin, a fost pentru prima oară realizată de Wallace în 1907, şi utilizată apoi pe cale extraperitoneală de Albrecht şi pe cale abdominală de Ruge, Hejduk (cu ansă nedublată), precum şi de E.E. Ghigovski şi Aleksandrov cu ansă dublată. Rezultatele operaţiilor cu ansă nedublată au fost îmbunătăţite prin răsturnarea ansei, descrisă de Champeau, care evită necroza grefonului. Avantajele procedeului sînt:

— sigmoidul, spre deosebire de ileon, este situat în apropierea locului de transplantare şi spre deosebire de rect, are mezou;

— prin structura sa sigmoidul se aseamănă cel mai mult cu vaginul, secreţia sigmoidului este mai redusă (dar este adevărat că este urît mirositoare);

— operaţia se poate realiza prin incizie estetică (Pfannenstiel).

După datele comparative publicate în literatură şi după experienţa din ultimii ani a marilor unităţi din capitală, această metodă pare cea mai raţională încununată de rezultate din cele mai bune şi cea mai lipsită de riscuri dintre plastiile folosind segmente de tub digestiv.

Mai trebuie amintită aici plastia cu perete stomacal, mobilizat prin pedi- culizarea marelui epiploon, care a fost propusă de Chiricuţă (1955).

INDICAŢII

Neocolpopoeza este indicată atît de absenţa congenitală a vaginului (care prin definiţie îşi merită numele numai cînd aplazia interesează cel puţin 2/3 din lungimea vaginului), cît şi de alte anomalii, care au fost amintite (atrezie, diafragme groase de peste 1 cm cu sau fără hematocolpos etc.). In funcţie de vîrsta bolnavei, de malformaţia diagnosticată, şi de sediul ei, se recurge la operaţii mai limitate, pe cale joasă sau pe cale abdomino-perineală. Pentru a pune o indicaţie corectă explorarea cazului trebuie deci să fie cît mai completă pentru a cunoaşte, pe de o parte, felul anomaliei şi întinderea ei, iar pe de altă parte pentru a depista alte malformaţii posibil asociate, privind:

gonadele (H. Robert atrăgea atenţia asupra dificultăţii de a determina anatomoclinic sexul real al unor gonade, chiar în timpul coeliotomiei); de aici importanţa studierii cromatinei sexuale şi a cariotipului;

— organele genitale interne, în special uterul, colul şi segmentul proximal al vaginului (cînd există); precum şi depistarea (prin urografie) a anomaliilor, relativ frecvente, asociate, ale tractului urinar.

Explorarea organelor genitale interne, care este de dorit să fie sistematică, a impus, acolo unde condiţiile de dotare o permit, în locul laparotomiei explo- ratrice, ca prim timp coelioscopia; astfel se va putea face inventarul anomaliei, ce poate îmbrăca aspectul uneia din următoarele patru eventualităţi (fig. 470): *agenezia duetelor miilleriene* cu expresia sa anatomoclinică, agenezia de vagin însoţită de agenezia uterină totală şi în cea mai mare măsură şi a tubelor (ce reprezintă cca 7 % din cazuri după Gagnaire şi Y. Rochet): inspecţia abdomino-pelviană nu găseşte decît cele două gonade (şi ele uneori în poziţie ectopică) şi cel mult un rudiment de tubă; în aceste cazuri se pune în mod particular problema diagnosticului diferenţial cu testiculul feminizant, deci a cercetării sexului cromozomic şi cromatinian;

— *aplazia uterotubară majoră asimetrică* sau hemisindromul Rokitansky- Kuster-Hauser (cu o frecvenţă de 18,4% după aceiaşi autori).

în aceste două prime grupe malformaţiile renoureterale sînt mult mai frecvente (25% după Counseller, 47% după Te Linde) şi se poate spune că, cu cît anomalia uterovaginală este mai severă, cu atît asocierea unei malformaţii renale este mai probabilă şi o urografie mai necesară (fiindcă ageneziile totale uterovaginale au un calendar organogenetic mai apropiat de cel renoureteral, decît aplaziile de tipul sindromului R.K.H. care se însoţesc de malformaţii renale, doar în 6,5% din cazuri);

— *sindromul Rokitansky-Kuster-Hauser* sau aplazia vaginală însoţită de aplazie uterină parţială (întîlnit în 65,7% din cazuri după Gagnaire şi Rochet) uterul este redus Ia doi noduli fără cavitate de obicei asimetrici, situaţi de o parte şi de alta a liniei mediane, între vezică şi rect şi uniţi printr-un repliu peritoneal falciform, trompele fiind mai mult sau mai puţin normale;

— *aplazia vaginală izolată cu uter funcţional* (cea mai rară 5,3% după autorii suscitaţi) întruneşte paradoxul că deşi este malformaţia cea mai puţin gravă, cea mai puţin întinsă, dă simptomatologia cea mai zgomotoasă (hemato- salpinx, hematometrie, hematocolpos, endometrioză) impunînd operaţii repetate, uneori de la cea mai fragedă vîrstă a fetiţelor, în loc să se poată aştepta reîntregirea, prin neocolpopoeză, a tractului genital în vederea maternităţii.

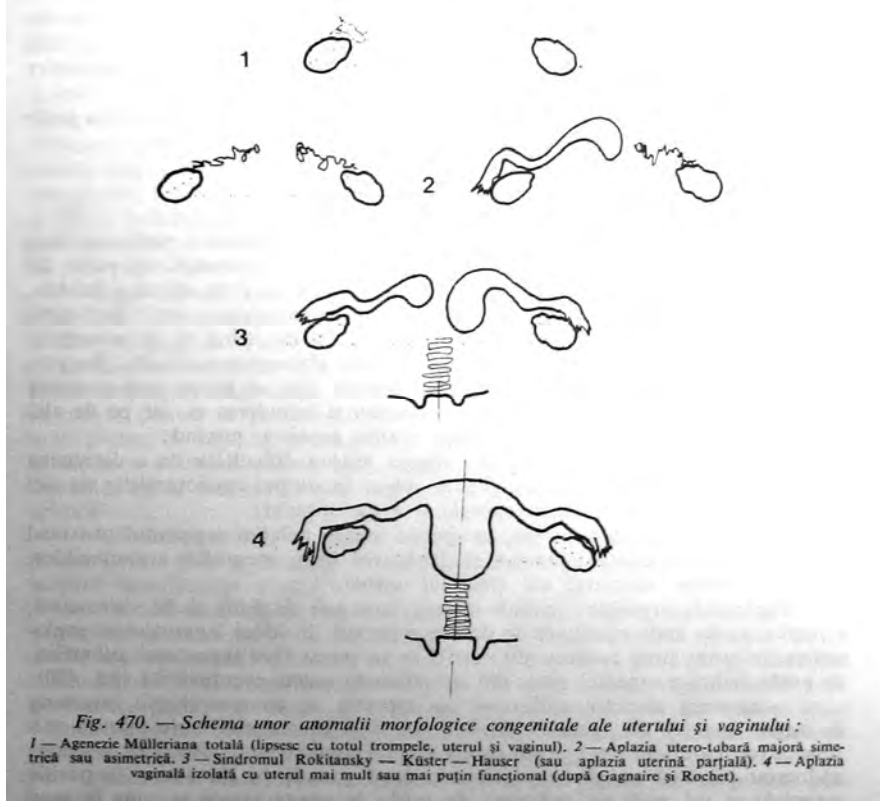


Fig. 470. — Schema unor anomalii morfologice congenitale ale uterului şi vaginului :
1 — Agenezie Mülleriana totală (lipsesc cu totul trompele, uterul şi vaginul). *2* — Aplazia utero-tubară majoră simetrică sau asimetrică. *3* — Sindromul Rokitansky — Küster — Hauser (sau aplazia uterină parţială). *4* — Aplazia vaginală izolată cu uterul mai mult sau mai puţin funcţional (după Gagnaire şi Rochet).

în funcţie de rezultatele explorării clinice şi de posibilităţi, se pune indicaţia tehnicii de ales: fie o plastie cu segmente de tub digestiv (dintre care am arătat că este de preferat plastia sigmoidiană) mai traumatizantă, cu riscuri mai importante, dar şi cu rezultate mai prompte; fie o plastie pe cale perineală (cu sau fără grefe libere dermo-epidermice) mai simplă, mai puţin şocantă, dar şi cu rezultate mai îndelung şi cu mai multă suferinţă, obţinute. Două situaţii necesită o menţiune specială în ce priveşte indicaţia şi anume:

— în eventualitatea în care, explorările pot pune în evidenţă existenţa porţiunii superioare a vaginului, deşi operaţia propriu-zisă va consta în clivajul spaţiului rectovezical de jos în sus cu sau fără plastie dermo-epidermică complementară deoarece adesea este foarte greu de a găsi cu ocazia acestui timp porţiunea de vagin existent, s-a recomandat începerea operaţiei prin coeliotomie, pentru transiluminarea sau introducerea în bontul de vagin a unui reper rigid;

— în eventualitatea în care explorarea pune în evidenţă un uter de aspect normal şi cu atît mai mult, cînd bolnava a prezentat episoade caracteristice (de hematosalpinx, hematometrie sau hematocolpos, într-un reces vaginal, mai mult sau mai puţin rudimentar) sîntem împinşi la operaţii multiple, adesea atipice întrucît trebuie asigurat, uneori de urgenţă, într-un prim timp, drenajul sîngeului menstrual adunat.

—

CONTRAINDICAŢII

Intervenţiile sîngerînde pentru absenţa congenitală sau atreziile vaginale sînt contraindicate de anomaliile importante asociate, mai ales cele ale aparatului urinar, a căror considerabilă importanţă practică merită să fie subliniată:

— rinichiul pelvian este un obstacol pentru coborîrea unei anse (el contraindică în general operaţiile abdominale şi în special plastia ileală sau sigmoidiană) ;

— rinichiul unic trebuie tratat, cum se ştie cu « cel mai mare respect»; în asemenea situaţii este mai bine să încercăm obţinerea neovaginului prin taxis, sau cel mult prin operaţii perineale cît mai puţin şocante şi cît mai puţin grevate de riscul infecţiilor.

CONDIŢII DE EFECTUARE

Trebuie considerate, dacă nu ca nişte contraindicaţii, dar cel puţin ca lipsa condiţiilor favorabile, faptul că femeia nu-şi manifestă spontan dorinţa de a se opera, precum şi imposibilitatea temporară de a menţine (prin contact sexual) rezultatul operator ce s-ar putea obţine (femei nemăritate, sau fără perspective imediate de căsătorie).

într-adevăr statisticile arată că rezultatele sînt mai puţin bune prin toate metodele, cînd operata nu are viaţă sexuală regulată, cu atît mai mult cînd nici nu simte nevoia ei. Alături de aceste condiţii pentru efectuarea neocolpopoezei mai semnalăm, ca un deziderat de viitor, interesul teoretic al unui bilanţ endo- crino-sexual pe baza dozărilor chimice (singura formă de explorare hormonală posibilă în aceste cazuri). Desigur că avînd posibilitatea unui astfel de bilanţ o condiţie favorabilă pentru o operaţie ar fi găsirea unei fenolsteroidurii în limite normale, după cum o condiţie defavorabilă ar fi găsirea unei concentraţii, superioare cifrelor normale la femeie, a 17 -cetosteroizilor în urină.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Anumite metode se pot efectua fără pregătiri speciale, dar cînd se fac plastii cu segmente de tub digestiv este bine să se administreze profilactic pentru atenuarea septicităţii tubului digestiv, fie cloramfenicol, fie măcar formosulfa- tiazol sau sulfaguanidină. Pentru plastia cu sigmoid, Aleksandrov preconizează următoarea pregătire preoperatoare: dietă 4—5 zile (2—3 pahare iaurt pe zi) iar în ajunul operaţiei numai alimente lichide fără celuloză şi glucoză intravenos; în plus, în primele două zile ale pregătirii, dă ulei de ricin şi în ultimile două recomandă clisme înalte.

TEHNICI OPERATORII

Clivajul spaţiului recto-vezical. Clivajul spaţiului recto-vezical se face în fundul introitului, începîndu-se cu o incizie orizontală (fig. 471) sau uşor concavă în sus (cam ca pentru o perineorafie posterioară); apoi se decolează cu grijă după ce s-a introdus un cateter metalic în uretră, cu degetul şi cu foarfecele, sau cu două valve introduse succesiv şi progresiv, pînă ce se găseşte spaţiul bun de clivaj între uretră şi rect. Din punctul de vedere anatomic, în agenezia sau aplazia vaginului, un ţesut celulofibros, ce se întinde de la vulvă şi pînă la fundul de sac retrovezical (uterul fiind în majoritatea cazurilor şi el absent) înlocuieşte duetul vaginal; în grosimea acestei lame fibroase de cîţiva mm se găsesc rudimente embrionare, chistice sau solide din canalul Gărtner sau chiar din canalul Miiller.

în timpul decolării se pot deschide un număr de mici chisturi cu conţinut seros sau opalin: aceasta nu este decît dovada că decolarea se găseşte pe drumul cel mai bun. Clivajul se continuă cu atît mai uşor cu cît se ajunge mai sus (vezica se lasă mai uşor dislocată) pînă ce spaţiul creat are o lungime de 10—12 cm şi o lărgime de 3—4 cm. Se face o hemostază cît mai îngrijită prin tamponare cu comprese îmbibate cu soluţie cloruro-sodică izotonică adre- nalinată şi caldă, sau cel mult prin forcipresură temporară (ligaturile sau escarele rămase după electrocoagulare, constituie corpuri străine).

Grefa amniotică. Această cavitate se tapetează cu o membrană amniotică prelevată cu puţin timp înainte de la o operaţie cezariană, cît mai «pură» sau, cum a făcut G. Dumitrescu cu membrană amniotică, păstrată patru zile la rece, după metoda Filatov. Membrana amniotică este îmbrăcată pe un sac Mickulicz şi se introduce cu faţa ovulară spre suprafaţa cruentă; sacul este umplut cu meşe îmbibate în ser de cal. Marginile membranei amniotice, rezecate la nivelul vulvei, se suturează la plaga creată, pentru începerea decolării.

Vogt preferă grefele amniotice repetate. El schimbă din două în două zile grefa amniotică introducînd una proaspătă (pe un tutore din burete de cauciuc special confecţionat şi sterilizat prin fierbere), pentru a grăbi vindecarea prin prinderea de noi insule de epiteliu amniotic. Brindeau recomandă în plus coeliotomia exploratoare sistematică. Dumitrescu a folosit această coeliotomie

exploratoare şi pentru a scurta şi Douglasul (suturind colonul ileo-pelvian la ligamentul ce unea cele două coarne uterine rudimentare, ca într-o perito- nizare colo-vezicală).

Grefele dermoepidermice. Pentru crearea unui vagin tapetat cu grefe dermo- epidermice, pe lîngă acelaşi prim timp, clivajul recto-vezical, se recurge sau nu la colaborarea cu un specialist în chirurgie plastică pentru prelevarea de pe coapse sau fese a lamboului de grefat.

Fig. 471. — Clivajul spaţiului rectovaginal pentru crearea unui vagin artificial (linia de incizie în fundul introitului vestibular trasată punctat).

Fig. 472. — Pentru crearea unui vagin artificial (prin orice tehnică) după decolarea vezico-rectală se introduce o meşă în spaţiul clivat.

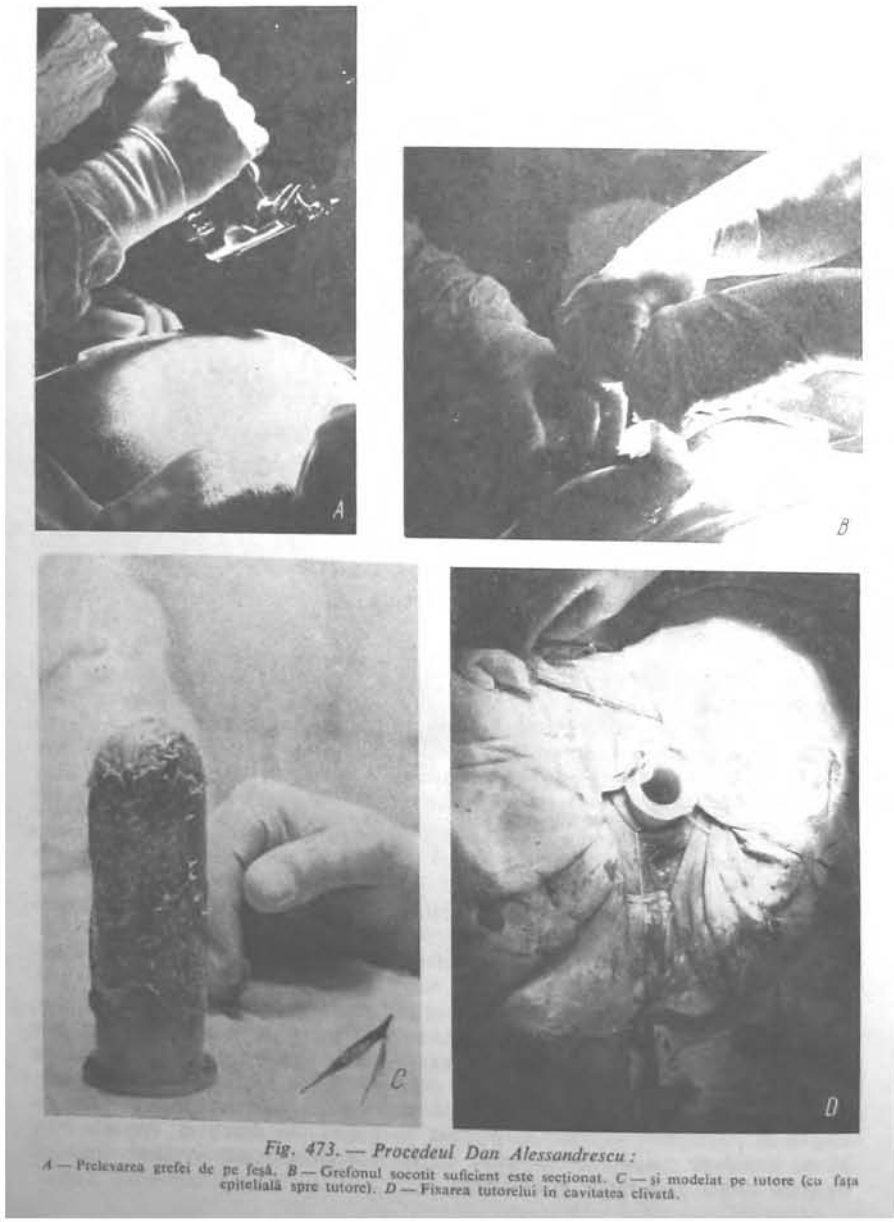


Fig. 473. — Procedeul Dan Alessandrescu :
A — Prelevarea grefei de pe feşă. *B* — Grefonul socotit suficient este secţionat. *C* — şi modelat pe tutore (cu faţa epitelială spre tutore). *D* — Fixarea tutorelui în cavitatea clivată.

Iată timpii principali ai procedeului, aşa cum este folosit de Dan Alessan- drescu (pe mai bine de 90 de cazuri);

— Se recoltează cu ajutorul electrodermatomului un lambou dermoepi- dermic de aproximativ 20/10 cm.

— Se montează lamboul, pe un tutore de plastic, corespunzător calibrat, ce are multiple perforaţii, cu faţa epidermică spre tutore, pentru a-şi menţine forma şi poziţia; grefonul este suturat pe forma tutorelui, ca o mînecă pe mînecar, cu fire separate de nylon fin (vezi fig. 473-C).

— între timp se asigură hemostaza ariei de recoltare prin bucăţi de ge- laspon şi pansament compresiv, precum şi a spaţiului de clivaj; nu este bine să se inverseze timpii, fiindcă pînă ce se face clivajul recto-vezical, lamboul de piele suferă prin răcire şi desicaţie.

— Se introduce tutorele cu grefonul dermoepidermic, menţinut tot timpul umed, în ser fiziologic şi se fixează la nivelul vestibulului cu fire separate de nylon.

Se lasă o sondă Pezzer în vezică: în interiorul tutorelui perforat se ghemuieşte o meşă, care va fi schimbată zilnic, îmbibată în soluţie de penicilină- streptomicină, vitamina A şi Sintofolin. Tutorele este scos după 12 zile.

Plastia ileală. Plastia ileală comportă trei timpi principali: crearea spaţiului recto-vezical; alegerea şi izolarea ansei cu restabilirea continuităţii tranzitului intestinal prin anastomoză latero-laterală sau termino-terminală; coborîrea ansei după alungirea mezoului, apoi deschiderea şi fixarea ei la orificiul vulvar.

Primul timp, acelaşi pentru toate metodele a fost descris (decolarea trebuie împinsă pînă la fundul de sac peritoneal); o pensă intestinală lungă şi curbă înfăşurată într-o meşă este introdusă în spaţiul creat.

Al doilea timp se începe după ce se schimbă poziţia operatei (care este acum plasată în Trendelenburg) şi se deschide cavitatea peritoneală prin incizie mediană subombilicală sau Pfannenstiel. Ansa de folosit trebuie să aibă cca 20 cm; ea se alege din porţiunea terminală a ileonului, păstrînd însă pe loc ultimii 20—25 cm de ileon în contact cu cecul.

Se poate încerca segmentul de ales, apucînd succesiv ansa din mai multe puncte, pentru a stabili ce parte a ei poate fi mai uşor coborîtă în pelvis. Ansa aleasă este apoi exteriorizată şi izolată de restul cîmpului operator cu comprese mari. Acum se secţionează intestinul între pense de coprostază; capetele ansei excluse sînt suturate şi înfundate în bursă. Secţiunea se continuă şi pe mezenter, în V către baza lui, cu grijă însă pentru a nu interesa toate vasele segmentului de intestin izolat.

La al treilea timp, se trece după restabilirea continuităţii tranzitului intestinal. Coborîrea ansei se face prin îndoire, cum a recomandat-o iniţial Bald- win, sau după modificarea lui Mori (ansa este coborîtă întinsă, cu capătul distal la vulvă).

Pentru procedeul clasic, un asistent împinge în sus pensa lăsată în canalul decolat între vezică şi rect, iar operatorul incizează peritoneul şi extinde apoi lateral această secţiune. Pensa de jos este introdusă în peritoneu şi se apucă cu ea mijlocul ansei excluse. Ansa va fi astfel coborîtă[24] sub controlul vederii operatorului. Capetele superioare ale ansei coborîte pot fi ancorate, pentru a nu prolaba eventual, la ligamentele rotunde (efectuîndu-se astfel şi peritonizarea bonturilor). După închiderea plăgii abdominale, se deschide sagitalul unghiului ansei izolate, pe jos şi se suturează pereţii ei la buzele plăgii perineale.

Dacă pintenul pe care noul vagin îl va prezenta, jenează, transformarea vaginului dublu într-un singur conduct nu se va putea face decît peste trei luni (prin incizia septului, sau strivirea lui cu un enterotrib).

Dificultatea cea mai însemnată a procedeului Baldwin este timpul de coborîre a ansei excluse; dacă mezenterul este scurt sau rigid, pericolul de tensiune este atît de mare încît este preferabil să se renunţe la coborîrea ansei îndoită şi să se recurgă la procedeul Mori, folosind unul din următoarele artificii pentru a prelungi mezoul ansei fără a-i compromite vitalitatea:

— P. Brocq secţionează cele două foiţe peritoneale (pentru a lungi me- zoul) fără a răni vasele mezenterice; apoi, după studiul dispoziţiei vasculare, leagă unul sau doi dintre pilierii arteriali ce urcă spre arcada marginală de partea distală (fig. 474 A). După ce s-a observat dacă ansa îşi conservă coloraţia ea poate fi coborîtă.

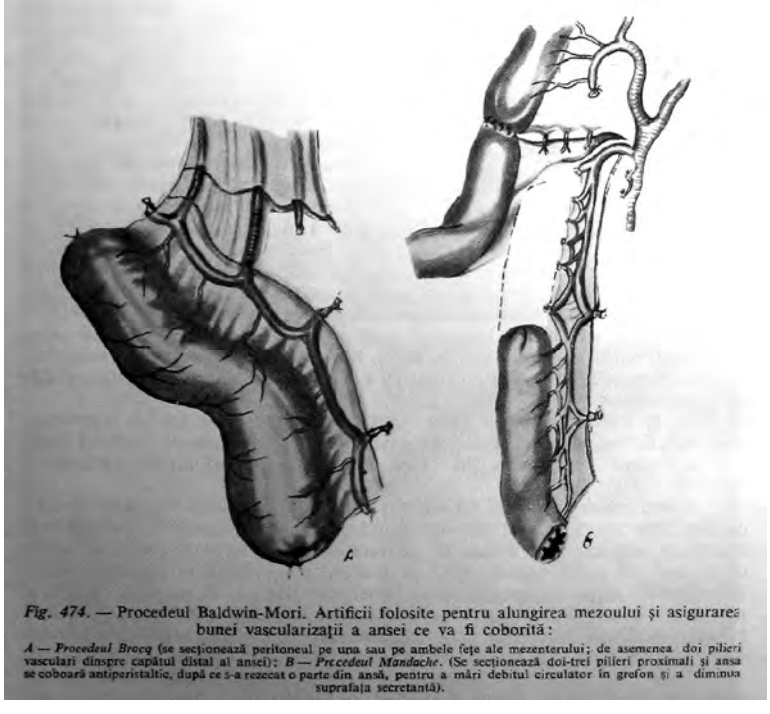


Fig. 474. — Procedeul Baldwin-Mori. Artificii folosite pentru alungirea mezoului şi asigurarea bunei vascularizaţii a ansei ce va fi coborîtă:

A — Procedeul Brocq (se secţionează peritoneul pe una sau pe ambele feţe ale mezenterului; de asemenea doi pilieri vasculari dinspre capătul distal al ansei); *B — Procedeul Mandache.* (Se secţionează doi-trei pilieri proximali şi ansa se coboară antiperistaltic, după ce s-a rezecat o parte din ansă, pentru a mări debitul circulator în grefon şi a diminua suprafaţa secretantă).

[24] La coborîrea ansei amintim grija ce trebuie avută ca restabilirea tranzitului să nu fie tulburată de coarda pe care o face mezoul ansei cobodte.

— Pentru prepararea grefonului, Mandache alege ansa ileală, apoi rezecă trei stîlpi arteriali proximali; al patrulea stîlp, ultimul, fiind folosit ca tulpină nutritivă. Din ansa izolată pe o lungime de aproximativ 25 cm se rezecă 12— 14 cm la capătul său rămas proximal, respectînd arcadele vasculare marginale (se taie ras cu ansa şi se leagă vasele terminale) (fig. 474 B).

Mai semnalăm trei detalii importante de tehnică şi anume: |S ansei trebuie să i se asigure o trecere uşoară prin peritoneul pelvian (pentru aceasta se va crea o gură peritoneală suficient de mare);

— operaţia abdominală trebuie terminată printr-o peritonizare perfectă (dar care să evite ocluzia şi riscul de sfacelare a ansei);

— mezoul ansei coborîte să fie suturat de peritoneul peretelui pelvian posterior, ca să se evite posibilitatea unei ocluzii.

Plastia sigmoidiană. Redăm tehnica pe care am folosit-o personal, după descrierea lui Aleksandrov, care avea cea mai mare statistică operatorie din lume (175 de cazuri, dintre care 42 executate după tehnica în trei timpi, iniţial descrisă de Baldwin, iar restul după o tehnică proprie în doi timpi, cu două variante; abdomino-perineală şi perineo-abdominală):

— Primul timp, şi în această tehnică, este crearea lojei vaginale prin decolare recto-vezicală, pînă la fundul de sac peritoneal. în această cavitate nou- creată se introduce o valvă vaginală, sau un porttampon curb, cu două meşe îmbibate, sau nu, de vaselină sterilă (fig. 472).

— Timpul al doilea: celiotomie, de preferinţă prin Pfannenstiel. Se examinează organele pelviene şi sigmoidul, după care se izolează cavitatea peritoneală. Ulterior, autorul şi-a modificat tehnica: începe celiotomia cu o incizie de 3 cm a peritoneului, prin care se exteriorizează ansa sigmoidă, în aşa fel ca rezecţia şi anastomoza să se facă în afara abdomenului (fig. 475 A). Pe sigmoid se aplică două perechi de pense de coprostază, la distanţă de 18—25 cm (fig. 475 B). Intestinul se rezecă între pense şi se izolează cu cîmpuri. Continuitatea sigmoi- dului se restabileşte prin anastomoză termino-terminală (fig. 475 C); pentru a evita strictura, se pun numai fire izolate: de catgut pe mucoasă, de mătase sau nylon pe stratul extern, sero-muscular (fig. 435). Cele două capete ale ansei izolate se închid cu un surjet de catgut, dublat de un strat sero-muscular cu fire separate de mătase, sau nylon pentru înfundare (fig. 475 D).

Prin mezou, la mijlocul acestei anse se trece un fir gros de mătase, legat de o compresă; se incizează peritoneul Douglasului, împins de pensa porttampon introdusă pe jos. Ajutorul apucă cu pensa compresa şi firul de mătase aplicat pe mezou şi-1 trage (fig. 475 E) în loja creată în primul timp, coborînd ansa sigmoidă îndoită, în timp ce chirurgul urmăreşte să nu se producă cuduri, torsiuni sau tensiunea mezoului (fig. 475 F). Orificiul peritoneal din fundul de sac al lui Douglas se fixează superficial cu două fire de peritoneul ansei coborîte.

— Timpul al treilea: se coboară bine ansa de sigmoid şi se fixează cu fire de catgut la fascia perineală, după care se deschide ansa cu bisturiul printr-o incizie transversală. Marginile inciziei se suturează de marginile mucoasei vulvare cu fire separate de catgut (fig. 479). în vaginul neoformat se introduc una-două meşe cu vaselină lichidă (cu scopul de a face să adere ansa sigmoidă de pereţii lojii create).

Pentru Sîrbu, care preferă tehnica Ruge-Hejduc-Champeau cu ansa de sigmoid nedublată, cel mai important timp îl reprezintă studiul asupra poziţiei anatomice a arterelor sigmoidiene, a continuităţii sau discontinuităţii arcadei marginale, a prezenţei sau absenţei arcadei Siideck (fig. 476) prin transiluminaţie şi palpare, în fine a lungimii şi gradului mobilităţii ansei sigmoidiene. Se stabileşte astfel segmentul sigmoidian, care va fi exclus în aşa fel, încît să se obţină un grefon de 15—18 cm lungime. Timpii următori sînt:

1. Secfionarea proximală a sigmoidului; acesta se face la nivelul joncţiunii colosigmoidiene.

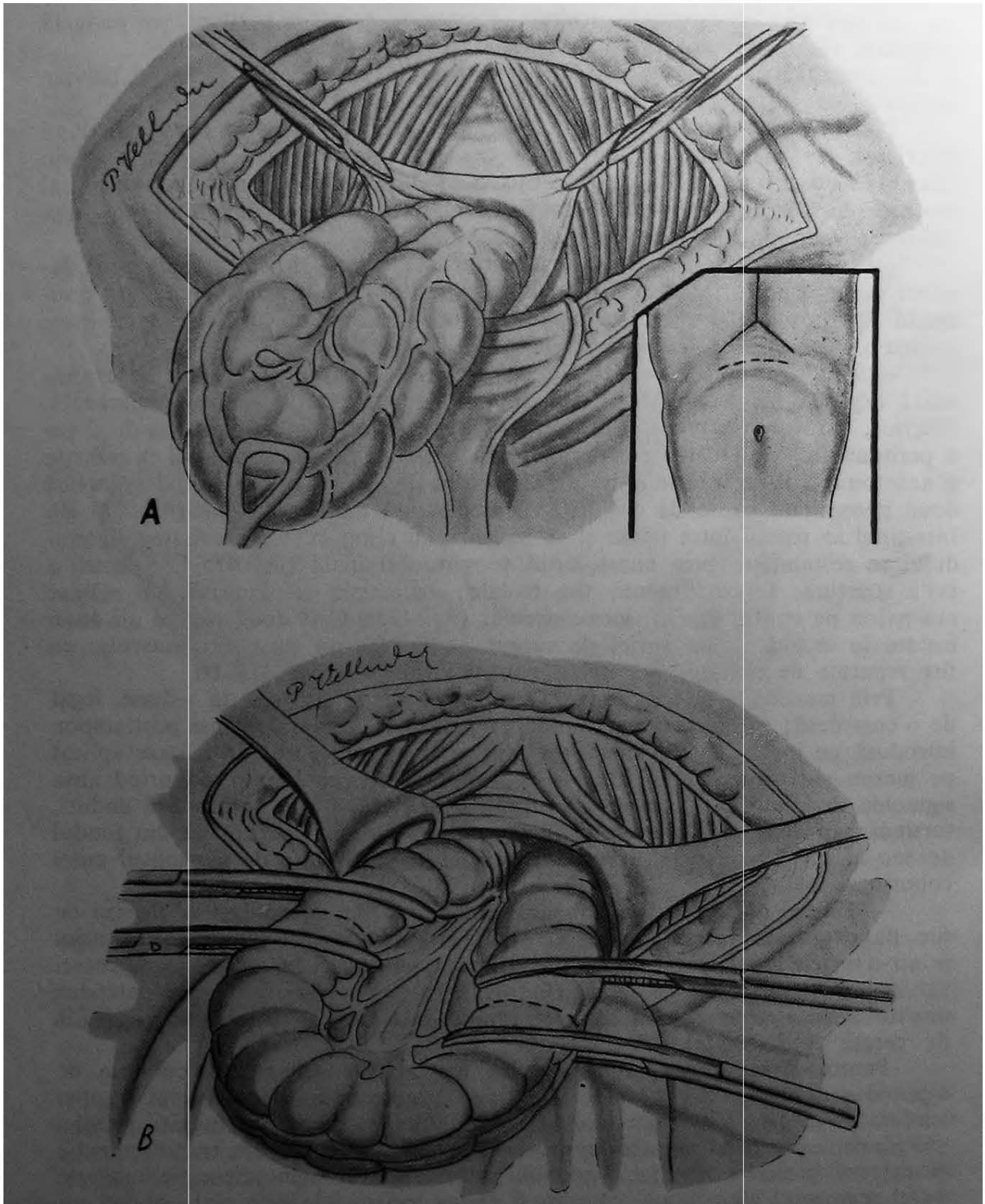


Fig. 475 A, B. — Neocolpopoieza din sigmoid (procedeul Aleksandrov cu coborîrea ansei dedublate):

A — Exteriorizarea ansei de sigmoid *(în cartuş:* incizia Pfannenstiel). *B* — Rezecţia unei porţiuni (de circa 20 cm lungime) din sigmoid, între două perechi de pense de coprostază.

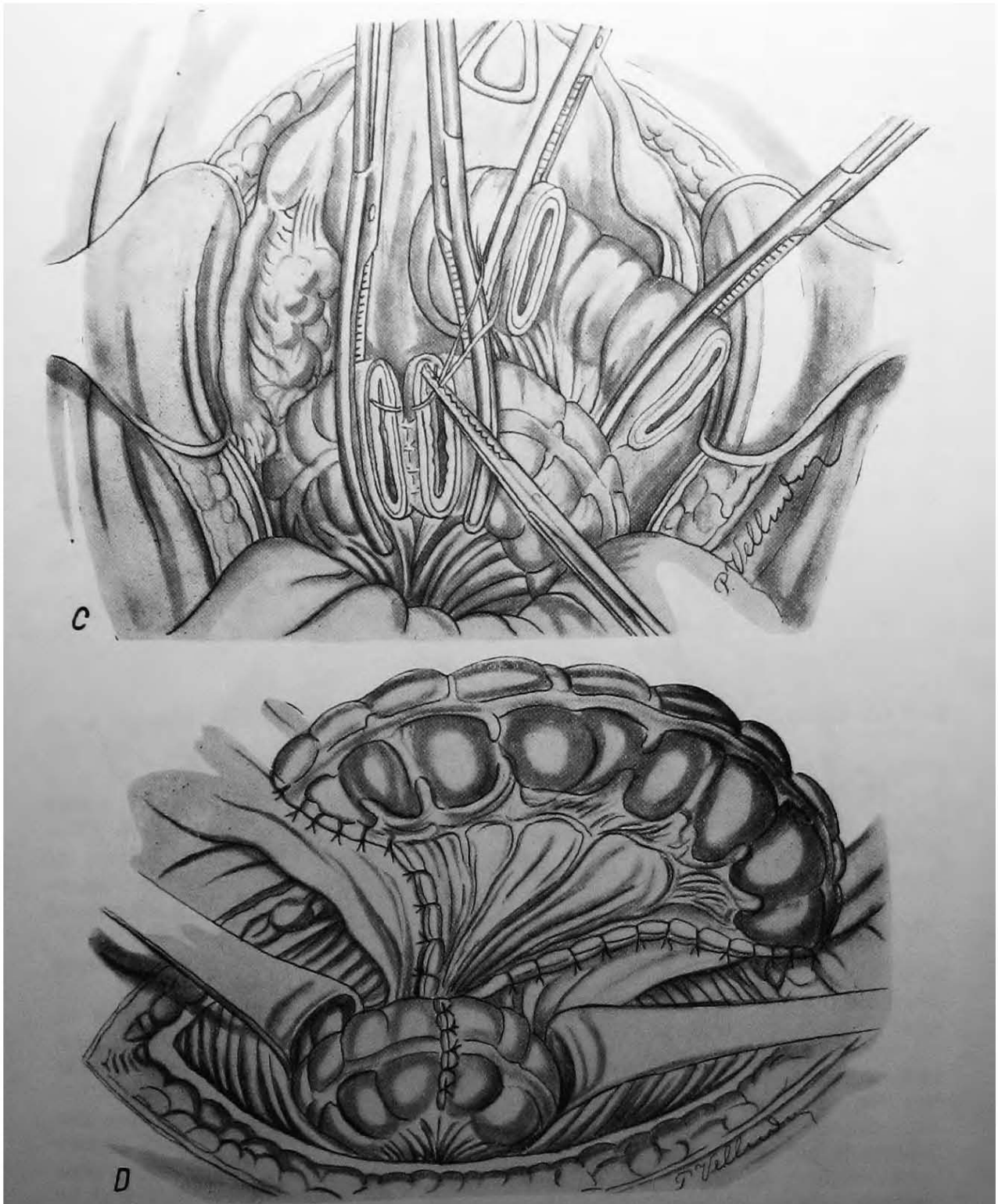


Fig. 475 C, D. — Neocolpopoieza din sigmoid (procedeul Aleksandrov cu coborîrea ansei dedublate):

C — Restabilirea tranzitului sigmoidian prin enteroanastomoza termino-terminală (cu fire separate în două straturi. Vezi şi fig. 435). *D* — Ansa exclusă a fost închisă la ambele capete.

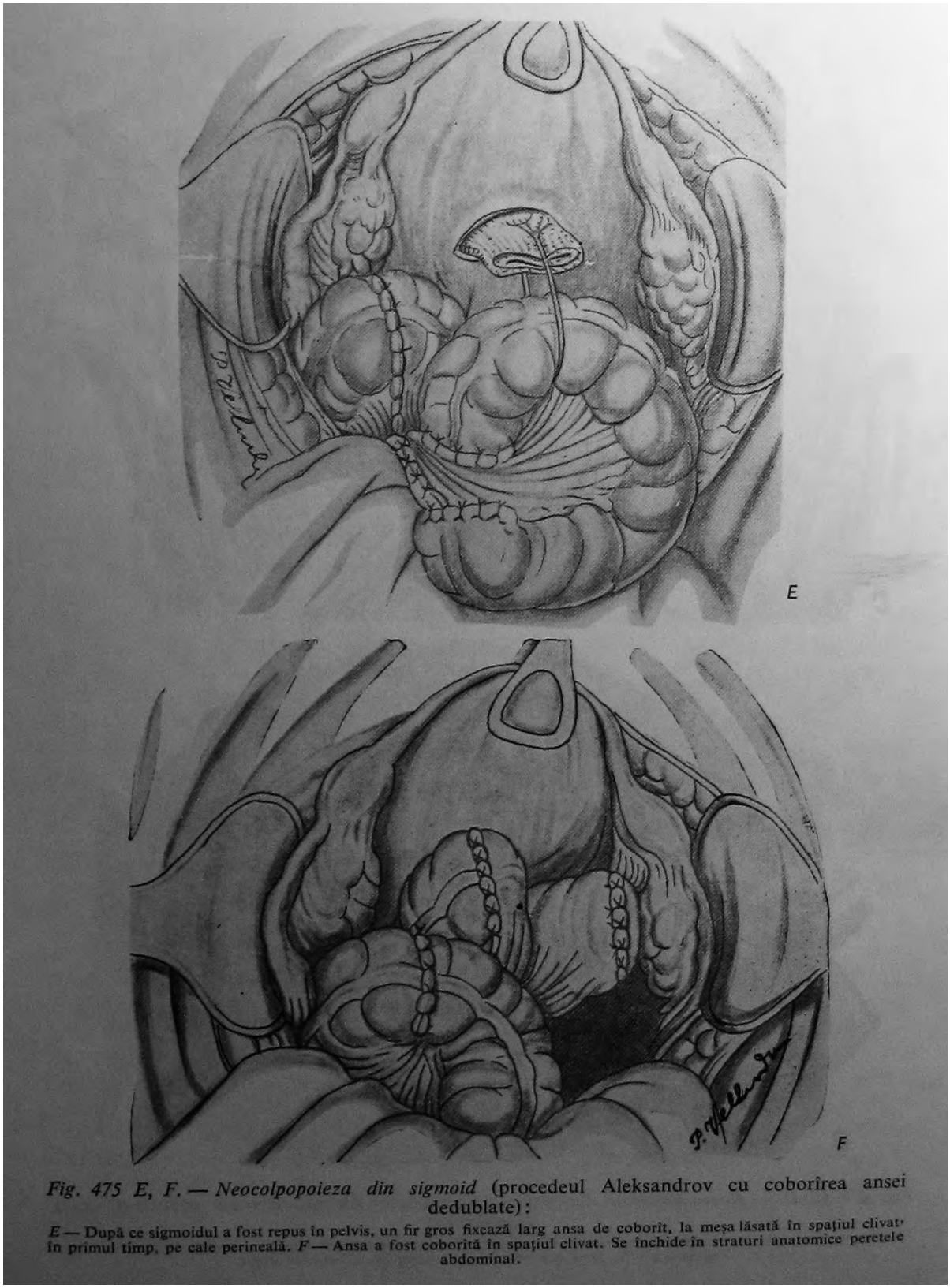


Fig. 475 E, F. — Neocolpopoieza din sigmoid (procedeul Aleksandrov cu coborîrea ansei dedublate):

E — După ce sigmoidul a fost repus în pelvis, un fir gros fixează larg ansa de coborît, la meşa lăsată în spaţiul clivat în primul timp, pe cale perineală. *F* — Ansa a fost coborîtă în spaţiul clivat. Se închide în straturi anatomice peretele abdominal.

Intinzînd sigmoidul spre simfiză se stabileşte punctul cel mai decliv şi apropiat de simfiză al ansei (fig. 477 pct. C). De la acest punct, măsurînd ascendent 10—12 cm se stabileşte punctul proximal de secţionare al sigmoidului (el corespunde aproximativ joncţiunii colo-sigmoidiene: fig. 477 linia A-A'). La acest nivel se secţionează foiţa anterioară şi posterioară a mezosigmoidului pe o direcţie perpendiculară pe sigmoid, care merge pe o adîncime de 7—8 cm spre rădăcina mezosigmoidului.

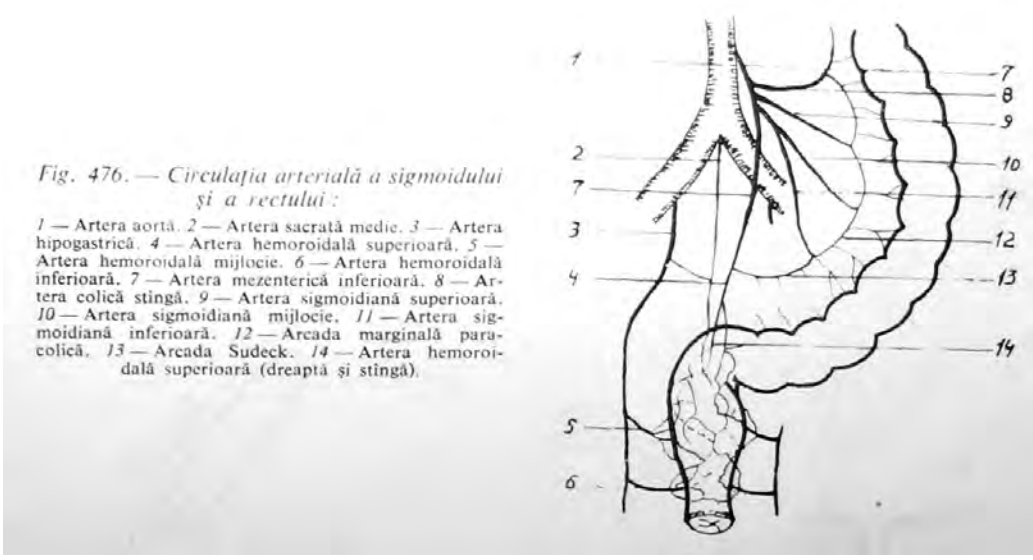


Fig. 476. — Circulaţia arterială a sigmoidului şi a rectului:

1 — Artera aortă. *2* — Artera sacrată medie. *3* — Artera hipogastrică. *4* — Artera hemoroidală superioară. *5* — Artera hemoroidală mijlocie. *6* — Artera hemoroidală inferioară. *7* — Artera mezenterică inferioară. *8* — Artera colică stîngă. *9* — Artera sigmoidiană superioară. *10* — Artera sigmoidiană mijlocie. *11* — Artera sigmoidiană inferioară. *12* — Arcada marginală paracolică. *13* — Arcada Sudeck. *14* — Artera hemoroidală superioară (dreaptă şi stîngă).

Se pune în evidenţă arcada marginală (paracolică) realizată între artera colică stîngă şi artera sigmoidiană superioară şi se întrerupe (fig. 477, pct. d-d'), după ce ne-am convins că prin pensarea ei provizorie sînt prezente pulsaţii la nivelul capătului distal al arcadei (la nivelul joncţiunii recto-sigmoidiene); se secţionează între două pense Kocher aplicate perpendicular pe axul longitudinal al sigmoidului (fig. 475 B).

2. *Secţionarea distală a sigmoidului.* Aceasta se face în vecinătatea joncţiunii recto-sigmoidiene.

De la punctul sigmoidian stabilit ca fiind cel mai decliv şi mai apropiat de simfiză, se măsoară 5—6 cm mergînd spre joncţiunea recto-sigmoidiană, marcîndu-se astfel nivelul distal de secţionare a sigmoidului (fig. 477, linia B-B).

Se deschide foiţa anterioară şi posterioară a mezosigmoidului (care aici este mai puţin înalt), pe o adîncime de 3—4 cm. Se evidenţiază şi se întrerupe arcada marginală realizată între artera sigmoidiană inferioară şi artera hemoroi- dală superioară (arcada Sudeck) — (fig. 477, pct. a-a')- întreruperea arcadei se face după ce, prin pensarea ei provizorie, la care se adaugă pensarea arterelor sigmoidiene cu excepţia arterei sigmoidiene inferioare, se constată pulsaţii sau sîngerare arterială la capătul proximal al grefonului. Se secţionează la acest nivel sigmoidul între două pense Kocher drepte excluzînd segmentul sigmoidian din circuitul digestiv colic.

3. *închiderea provizorie a capătului proximal al grefonului* cu un fir de nylon în bursă ale cărui capete sînt lăsate lungi şi păstrate pe o pensă. *închiderea definitivă a capătului distal al grefonului*, după metoda aseptică Kerr-Parker, folosind sutura Cushing.

4. *Refacerea continuităţii colice* prin anastomoză termino-terminală într-un strat sau în două straturi cu fire separate de aţă subţire (fig. 435). Anastomozacolică se aşază înapoia sau înaintea grefonului şi a pedicului său nutritiv. Breşa mezosigmoidiană se închide cu fire separate de aţă.

5.

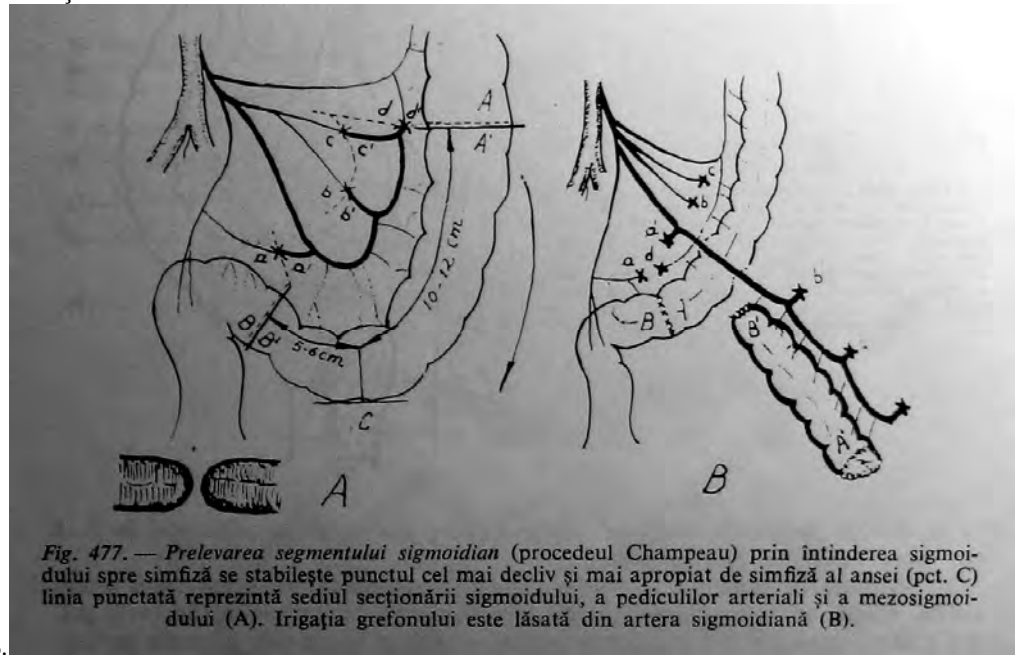


Fig. 477. — Prelevarea segmentului sigmoidian (procedeul Champeau) prin întinderea sigmoidului spre simfiză se stabileşte punctul cel mai decliv şi mai apropiat de simfiză al ansei (pct. C) linia punctată reprezintă sediul secţionării sigmoidului, a pediculilor arteriali şi a mezosigmoidului (A). Irigaţia grefonului este lăsată din artera sigmoidiană (B).

6. *Secţionarea şi ligaturarea arterelor sigmoidiene mijlocie şi superioară* (fig. 477 pct. b-b' şi c-c'), cît mai la origine, arcada marginală rămînînd integră. Se obţine un grefon de 15—418 cm lungime, irigat de artera sigmoidiană inferioară (fig. 478 A).

7. *Secţionarea peritoneului pelvian* în punctul marcat de locul unde se palpează capătul pensei vaginale ghid (fig. 478 B, cartuş). Prin disecţie cu foarfeca, în timp ce un ajutor mobilizează pensa ghid vaginală, se evidenţiază vîrful acesteia şi meşa vaginală tractor.

8. *Coborîrea ansei sigmoidiene.* Se fixează la pensa vaginală ghid sau la meşa vaginală tractor (fig. 478), capătul proximal al ansei excluse şi prin tracţiune se aduce ia vulvă (orientare anizoperistaltică prin răsturnare). Coborîrea se face prin tracţiune blîndă şi lentă, fără a exista torsiune, tracţiune sau compresiune a pediculului nutritiv.

9. *închiderea peretelui abdominal* anatomic cu drenaj aspirativ pentru 48 de ore.

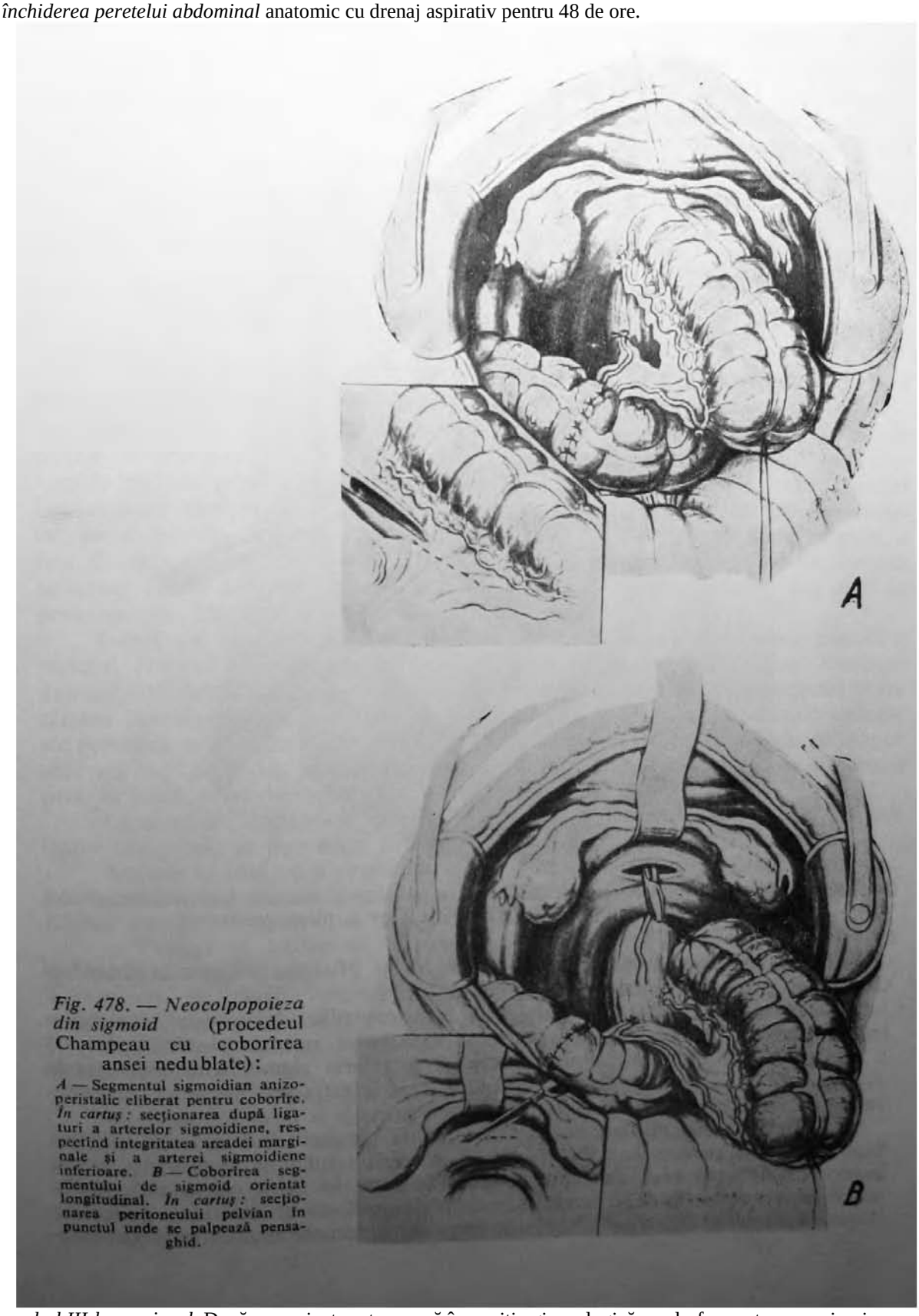


Fig. 478. — Neocolpopoieza din sigmoid (procedeul Champeau cu coborîrea ansei nedublate):
A — Segmentul sigmoidian anizoperistalic eliberat pentru coborîre. *În cartuş:* secţionarea după ligaturi a arterelor sigmoidiene, respectînd integritatea arcadei marginale şi a arterei sigmoidiene inferioare. *B* — Coborîrea segmentului de sigmoid orientat longitudinal. *În cartuş:* secţionarea peritoneului pelvian în punctul unde se palpează pensa-ghid.

9. *Timpul al III-lea perineal.* După ce pacienta este repusă în poziţie ginecologică, se desface sutura provizorie a capătului vulvar al grefonului şi circumferinţa lui se fixează la marginile breşei mucoasei vestibulului vulvar, cu fire separate de aţă subţire (fig. 479). Se sondează vezica, de control şi se face pansament vulvar.

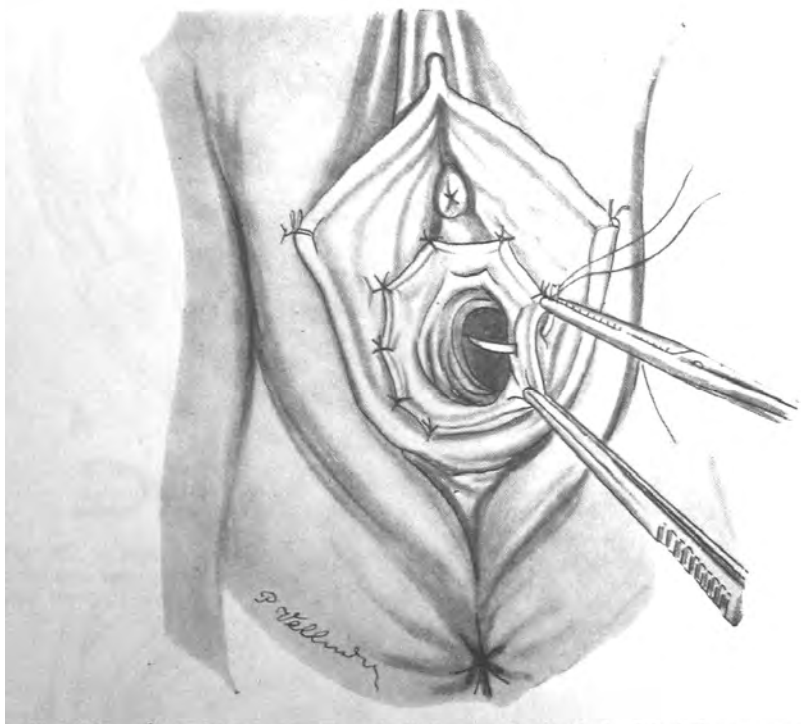


Fig. 479. — În încheierea neocolpopoiezii (la toate procedeele folosind segmente intestinale). Capătul ansei coborîte este deschis şi fixat la plaga vestibulară.

în legătură cu modificările aduse de Sîrbu, Mudric, şi Pleşea la procedeul Champeau, am mai aduce cîteva amănunte:

— în cazul în care se constată că folosirea pilierului arterial sigmoidian inferior prin scurtimea sa, nu permite o coborîre anizoperistaltică suficientă a grefonului, se recomandă secţionarea şi a arterei sigmoidiene inferioare la origine, protejînd arcada Sudeck şi rămînînd ca irigaţia grefonului să fie asigurată de artera hemoroidală superioară;

- în mod excepţional poate fi secţionată, atunci cînd mai sînt necesari încă 3—| cm pentru o coborîre facilă a grefonului pînă la vulvă şi artera hemoroidală superioară deasupra arcadei Sudeck. în acest caz irigaţia grefonului este asigurată de arterele hemoroidale mijlocie şi inferioară (tributare sistemului arterial hipogastric) prin intermediul anastomozelor cu arterele hemoroidale superioară stîngă şi dreaptă (ramuri ale arterei hemoroidale superioare) şi arcada Sudeck.

Plastia rectală. Procedeul Popov-Schubert are tot trei timpi, care se efectuează în aceeaşi şedinţă operatorie, dar fiecare necesită schimbarea de poziţie a operatei.

— In primul timp, cu bolnava în poziţie ginecologică, se incizează mucoasa vestibulară şi se creează prin decolare o cavitate de 4—6 cm adîncime, între rect şi vezică. Apoi, după dilatare uşoară a sfincterului anal, se secţionează circular mucoasa rectală; aceasta din urmă este disecată cu prudenţă (pentru a nu se leza sfincterul). Mai sus cu 2—3 cm se secţionează tot peretele muscular al rectului, şi orificiul inferior al mucoasei ampulare se închide cu cîteva fire, ce se lasă să atîrne prin anusul dilatat. Se mobilizează ampula rectală lateral, pe o înălţime de 5—6 cm.

— Pentru al doilea timp bolnava este aşezată în decubit lateral: secţiunea pielii posterior de la 3—4 cm deasupra anusului; se rezecă coccisul. Planşeul ridicătorilor anali, înserat pe coccis, se desface, iar peretele posterior al fasciei rectale se incizează pe o înlăţime de 7—8 cm şi se disecă de jur împrejur ampula rectală. Pentru a ne putea ţine mai uşor aproape de rect, evitînd astfel lezarea unor vase mari, se poate introduce prin orificiul anal un tampon montat pe o pensă, cu care se pune în evidenţă peretele rectal. Cînd ampula a fost liberată de jur împrejur, se trece o meşă pe sub ea şi trăgînd de aceasta se aduce rectul în plagă şi se continuă decolarea spre anus şi în sus pînă la promontoriu. Hemostaza peretelui rectal şi eventual a fasciei.

Odată ce mobilizarea este suficientă, se secţionează porţiunea distală a rectului (10—12 cm deasupra anusului) de porţiunea cranială ce se înveleşte deocamdată într-o compresă. Porţiunea distală, ce va forma neovaginul (care rămîne vascularizată de arterele hemoroidale mijlocii prin aripioarele laterale ale rectului), se închide sus în două straturi, cu fire de catgut, iar firele de catgut care au fost puse din primul timp al operaţiei pe orificiul ei de jos, sînt trase prin orificiul creat în vestibul.

La capătul inferior al porţiunii craniale a rectului (care a fost învelită într-o compresă) se pun nişte fire-hăţuri, ce închid provizoriu şi lumenul.

Acestea se trag cu o pensă introdusă prin sfincterul anal. După revizuirea hemostazei şi sutura ridicătorilor anali, se închide în bună parte plaga sacrată (lăsînd numai loc pentru un tub de dren).

— Timpul al treilea se începe după ce bolnava se aşază din nou în poziţie ginecologică: acum se suturează marginile mucoasei rectale ce va forma neovaginul, de plaga vestibulară, apoi capătul porţiunii de rect (rămasă în continuitate cu sigmoidul) este suturat de mucoasa anală ce depăşeşte sfincterul.

Modificarea foarte importantă adusă acestei tehnici de Cristea Grigoriu (1922) constă în:

— efectuarea operaţiei în două etape la 3—4 săptămîni;

— în prima etapă se creează numai o comunicare largă între rect şi vestibul (ce va servi drept intrare noului vagin, simulînd inelul himeneal);

— în a doua etapă se face rezecţia coccisului, împreună cu ultimele două segmente sacrate, după Krascke-Hochenegh; se mobilizează rectul, în special posterior şi lateral, şi se secţionează la 12 cm de anus; extremitatea distală este împinsă în sus şi înainte, după ce a fost secţionată cu grijă şi de sfincterul

anal; ea este închisă şi la acest capăt, iar porţiunea proximală a rectului este trasă în jos şi se suturează ca în tehnica Schubert.

Modificarea tehnică are două avantaje esenţiale, care fac din procedeul Grigoriu o tehnică de sine stătătoare, mai recomandabilă decît procedeul Popov- Schubert. Acestea sînt:

— lăsarea pe loc a rectului rezecat şi decolarea pe întindere mică (mai ales neinteresînd peretele anterior al rectului) nu va duce la strictură, nici sfacelare;

— operaţia în două etape, după această tehnică, este mai scurtă ca durată şi mai puţin şocantă.

TRATAMENTE ŞI ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICAŢII

Metodele cu grefe libere amniotice şi dermo-epidermice, care sînt tehnic mai uşor de executat, necesită însă îngrijiri postoperatorii mai îndelungate şi se poate afirma că numai perseverenţa operatelor garantează succesul definitiv.

După grefa amniotică meşele se schimbă a patra-a şasea zi, iar sacul se îndepărtează a opta zi, urmînd apoi să se facă zilnic dilatări şi să se introducă cîte o meşă îmbibată în untură de peşte. în perioada aceasta infecţia ţesutului celular pelvian, cu punct de plecare de la conductul incomplet acoperit de epi- teliu, este complicaţia cea mai frecventă, dar în general benignă (cedează în cîteva zile după administrarea de antibiotice). Deşi către a 15-a zi plaga pare aproape epidermizată, dilatările trebuie continuate, conductul prezentînd o vădită tendinţă la stenozare; dilatarea nu poate fi abandonată decît cînd femeia poate avea o viaţă sexuală regulată.

După grefele dermo-epidermice, proteza se schimbă (cu grijă pentru a nu decola grefa) între a 12—14 zi şi se înlocuieşte cu meşe îmbibate în untdelemn. în aceste operaţii complicaţia cea mai de temut este sfacelul grefei, iar inconvenientul cel mai frecvent observat este retracţia şi stenozarea canalului creat.

Aceste complicaţii putînd surveni în primele 3—6 luni după operaţie impun sau portul discontinuu (cîteva ore pe zi şi tot timpul nopţii), dar îndelungat al unei proteze de stenţ, sau şedinţe cît mai frecvente de dilatare.

Plastiile cu segment de tub digestiv, mai delicate ca tehnică şi mai bogate în complicaţii imediate, au însă avantajul incontestabil al celor mai bune rezultate obţinute în cel mai scurt timp.

După plastiile ileale au fost citate peritonita, necroza ansei, ileus, ocluziile; după plastiile sigmoidiene sînt cunoscute cazuri de sigmoidită, pararectită, ileus, necroză a implantului; în sfîrşit, plastiile rectale expun cel mai mult la fistule rectale, incontinenţa de fecale, accidente septice etc.

Ca tratament postoperator, cu mici variaţii, se recomandă, după plastia cu segmente de tub digestiv:

— în primele zile dietă hidrică (şi picături de tinctura opii pentru operaţiile pe segmentele terminale);

— antibiotice cu acţiune intensă sau selectivă asupra florei intestinale;

— a opta pînă a noua zi se va da ulei de ricină.

Meşele lăsate în neovagin se înlătură a patra —a cincea zi.

După aceste operaţii nu este nevoie de nici-un fel de dilatare a vaginului neoformat. Primele raporturi sexuale (recomandate în genere la 2—3 săptămîni de la părăsirea spitalului) sînt însoţite uneori de mici hemoragii. Singurele complicaţii tardive cunoscute după folosirea acestor metode, cînd femeia are viaţă sexuală, sînt eversiunea şi prolapsul mucos.

REZULTATE

Trebuie să remarcăm că încercarea de a compara datele statistice nu este lipsită de o notă de subiectivitate, prin faptul că fie că include statistici mai vechi şi mai noi (dinainte şi din era chimio-antibioterapiei antimicrobiene), fie că, compară rezultate adunate pentru o tehnică de la foarte numeroşi autori, iar pentru altele mai mult date personale. în sfîrşit au mare importanţă ordinea criteriilor pentru aprecierea rezultatelor astfel:

— un criteriu trebuie considerat riscul quo ad vitam (la care fără discuţie se situează în frunte clivajul urmat sau nu de grefe libere dermo-epidermice, pentru care atît în statistica Dan Alessandrescu (cea mai importantă de la noi din ţară) cît şi din datele din literatura ce afri putut consulta, nu s-a semnalat vreun deces;

— un al doilea criteriu foarte favorabil pentru aceeaşi categorie de operaţii îl constituie *dificultatea tehnică* a procedeului operator;

— un alt criteriu este reprezentat de *frecvenţa eşecurilor* înţelegînd pe de o parte accidentele şi incidentele şi pe de altă parte urmările imediate şi tardive (dintre care retracţia şi necesitatea de întreţinere prin dilataţii sînt specifice neocolpopoezii); aceste criterii sînt net favorabile tehnicilor cu plastie sigmoidiană şi ileală;

— în fine, o ultimă grupă de criterii alătură *sechelele cicatriceale* (externe ca cele după prelevare de grefe dermo-epidermice sau interne ca urmările excluderii ansei ileale sau sigmoidiene) şi *durata tratamentului medical postoperator, precum şi disconfortul de a-l suporta*; această ultimă grupă de criterii înclină cu puţin balanţa în favoarea plastiei sigmoidiene sau ileale.

5. COLPOPERINEORAFIA

Rupturile vechi de perineu sînt cea mai frecventă indicaţie din specialitatea noastră, pentru operaţii plastice şi reparatoare. Ele sînt aproape în totalitate de origine obstetricală şi numai cu totul excepţional accidentale, prin traumatisme directe (cădere călare, lovituri, viol sau contact sexual prea brutal etc.).

Din punctul de vedere al întinderii lor, rupturile de perineu au fost împărţite în incomplete (cînd soluţia de continuitate s-a produs numai în porţiunea ce separă vulva de anus) şi complete (cînd soluţia de continuitate a interesat sfincterul anal şi eventual septul recto-vaginal). Această deosebire este de mare importanţă în clinică, nu numai în privinţa semnelor anatomo-funcţionale, dar şi a tehnicii chirurgicale de folosit. în cazul rupturilor incomplete aspectul clinic este dominat de prezenţa, efectivă întotdeauna, dar

în grade diferite a prolapsului peretelui vaginal anterior, care antrenează uretrocelul şi cistocelul, precum şi al peretelui vaginal posterior, antrenind eventual rectocelul. in cazul rupturilor complete, incontinenţa sfincterului pentru gaze şi fecale (uneori numai cînd acestea sînt lichide), domină aspectul clinic.

Necesitatea intervenţiei plastice şi reparatoare este în afara oricărei discuţii, în toate cazurile (cînd nu sînt contraindicaţii legate de starea generală a bolnavei); operaţiile sînt benigne, dau constant rezultate satisfăcătoare şi pun la adăpost de complicaţii serioase (printre care prolapsul genital şi incontinenţa relativă de urină sînt mai frecvent observate).

BAZELE MORFO-FUNCŢIONALE

Planşeul pelvi-perineal deşi larg deschis sagital, se opune, la femeia normală, presiunii abdominale: în timpul eforturilor, planşeul pelvian, ca şi diafragma abdomino-toracică, se contractă. După naşteri grele sau numeroase, urmate sau nu de sutură imediată a rupturii de perineu (uneori acestea sînt de la început foarte importante, alteori trec neobservate), diafragma pelviană nu mai opune presiunii abdominale, decît o chingă ineficace; dehiscenţei ei cîştigate i se adaugă, după un număr de ani, la menopauză şi atonia. Prolapsul mucoasei vaginale cu cisto- şi rectocel se produce adesea după mulţi ani de la traumatismul obstetrical cauzal, de obicei prima naştere, odată cu des- censul uterin.

în această situaţie singurele elemente musculare, anatomo-funcţional valabile, ale planşeului pelvi-perineal, sînt ridicătorii anali (fig. 480). Marginile lor, din ce în ce mai apropiate cu cît merg în jos şi înapoi, ca să se insere pe sfincterul anal şi rafeul ano-coccigian, oferă «stofa» necesară refacerii perineului propriu-zis şi, în genere, combaterii rectocelului. înaintea vaginului însă, ridicătorii anali sînt la distanţă prea mare şi regiunea este prea aproape de inserţiile lor osoase, pentru a putea fi atraşi sub vezică, şi întrebuinţaţi cu folos în cura cistocelului: operaţiile propuse (Franz, Delaglande, Salva Marcade), în intenţia de a-i interfera între vagin şi vezică, nu pot ajunge decît la una din aceste soluţii:

— sau se iau numai cîteva fascicule musculare, pe care încercarea de a le apropia pe linia mediană Ie va smulge de pe marginea internă a muşchilor;

— sau se încarcă gros şi solid marginile muşchilor, dar atunci ei nu pot fi apropiaţi, din cauza distanţei mici de inserţia lor osoasă şi a spaţiului respectabil ce le separă marginile interne la acest nivel (obişnuit 3—4 cm, în cistocele foarte mari, aproape un lat de palmă), decît cu preţul închiderii vaginului (mai ales cînd se va face şi miorafia posterioară);

— sau în sfîrşit, se disecă cîte un fascicul, care după secţionare de masa musculară în fiecare parte este adus sub vezică, însă astfel muşchiul îşi pierde structura, se sclerozează şi se atrofiază (fiind lipsit de inervaţie şi vascular- zaţie).

Pe de altă parte, vezica, sac flasc, cu mijloace proprii foarte modeste de susţinere şi suspensie, situată în contact intim cu vaginul, istmul şi colul uterin (de care nu o separă decît fascia destinsă sau sfîşiată de traumatismul obstetrical), urmează în mare măsură, din punct de vedere static, evoluţia acestor organe, încît repunerea şi menţinerea ei în poziţie normală, nu poate fi neglijată în cursul colporafiei anterioare. Fundul vezicii astfel coborît, urmînd prolapsul peretelui vaginal anterior, adesea sub dispozitivul de închidere cisto- uretral, situaţie care favorizează o retenţie parţială de urină. Fermentarea urinii şi infectarea ei duc frecvent la cistită (aceasta accentuează tulburările funcţionale şi în special nevoia imperioasă şi frecventă de a urina, pe care o resimte bolnava).

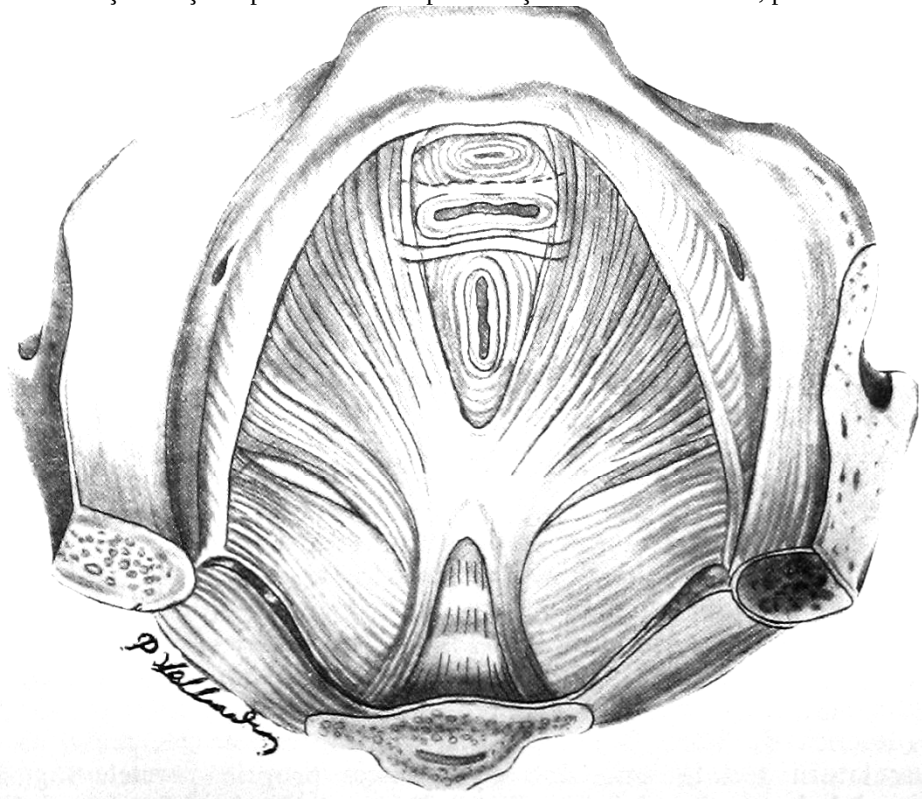


Fig. 480. — Muşchii ridicători anali (văzuți din cavitatea abdominală). De remarcat că ei pot fi apropiați ușor și eficace între vagin și rect (mai jos, către sfincterul anal pe care se și inseră, marginile interne ale ridicătorilor anali sînt și mai apropiate decît în această imagine, unde sînt priviți pe fața lor cranială; dar ei nu pot fi apropiați deopotrivă între vagin și uretră (unde distanța dintre marginile lor interne crește ca și apropierea de inserțiile lor osoase).

Uretra feminină scurtă, cu sfincterul ei complicat, imperfect (a cărui structură şi chiar existenţă este încă în discuţie) va avea aceeaşi soartă: unghiul normal obtuz, pe care uretra îl face sub pubis, va fi îndreptat prin prolabarea uretrei odată cu cistocelul[25]; situaţia oarecum tangenţială a uretrei faţă de vezică se va modifica, iar joncţiunea cistouretrală va căpăta aspectul de pîlnie; în sfîrşit secţiunea uretrei din circulară devine ovalară prin ghemuire şi prin prolapsul peretelui ei inferior (în timp ce, de obicei, peretele superior rămîne bine fixat sub simfiză) astfel încît toate dispozitivele suplimentare de închidere (ca imbricarea pliurilor mucoase, turgescenţa venelor din «reţeaua minune» ce înconjoară joncţiunea cisto-uretrală) devin insuficiente şi ele.

Colporafia anterioară nu trebuie deci să se limiteze la corectarea formei peretelui vaginal anterior; ea va include sistematic cura incontinenţei relativă de urină. Amintim că incontinenţa de urină în ortostatism sau efort poate fi găsită şi fără semne manifeste de cisto-uretrocel [26] (cauza ei este însă aceeaşi); de asemenea că ea este relativ mai des întîlnită în prolapsul discret al peretelui vaginal anterior şi că adesea, purtătoarele prolapsurilor foarte mari, nu numai că nu prezintă o incontinenţă, dar nici nu pot urina pînă nu-şi reduc manual vezica. Subliniem de asemenea că dacă o primă colporafie nu a reuşit să înlăture incontinenţa de efort, aceasta va fi mai greu de tratat: scleroza şi ischemia ţesuturilor, pe care s-a mai intervenit, vor limita şi posibilităţile operatorii şi şansele de vindecare. Iată încă un argument, pentru care cura incontinenţei relative de urină trebuie de principiu asociată, ca un timp esenţial, al colporafiei anterioare.

în ce priveşte prolapsul peretelui vaginal posterior, acesta nu este urmat de rect în chip obligatoriu, cum urmează vezica coborîrea peretelui anterior. Depărtarea ridicătorilor anali şi mai ales dispariţia nucleului central al perineului (care urmează traumatismului obstetrical nereparat sau rău reparat) diminuează sau suprimă coloana de suport: peretele vaginal posterior coboară prin alunecare. Situaţia este diferită în rupturile complete: aderenţa capetelor, sfincterului la cicatricea conjunctivă (fapt ce explică şi oarecarea continenţă oferită), şi a pereţilor vaginal şi rectal prin leziunile inflamatorii ce înconjură soluţia de continuitate, împiedică alunecarea mucoasei vaginale, ba dimpotrivă, uneori cicatricea retractilă o înfundă şi eversează mucoasa rectală.

Rectocelul ţine mai cu seamă de starea tecii conjunctive proprie a rectului (descrisă de Toma Ionescu). Ed. Martin socotea rectocelul ca o hernie a musculaturii rectale, prin deficit de fascie proprie, peretele vaginal jucînd numai rolul de sac herniar; iar Funck-Brentano credea că rectocelul urmează legea organelor musculare cavitare: hipertrofiei compensatoare îi urmează, în deficienţa fasciei conjunctive, dilataţia [27]. Fapt este că rectul anormal de mobil prin dehiscenţa planşeului pelvi-perineal, sau prin deficienţa tecii conjunctive, se turteşte şi alunecă (uneori chiar pe deasupra ridicătorilor). Adesea, în aceste cazuri, şi fundul de sac al lui Douglas este anormal de larg şi profund (cu deosebire cînd uterul a fost ridicat în prealabil şi fixat anterior printr-un procedeu de pexie, ceea ce favorizează *elitrocelul:* hernia în vagin a conţinutului abdominal prin fundul de sac al lui Douglas).

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

Principiile moderne ale colporafiei anterioare şi ale colpo-perineorafiei posterioare sînt diferite de cele ale operaţiilor clasice, mai timide. Aceste intervenţii, deosebite altădată după cum procedeul folosea «avivarea» (Simon- Hegar), « dedublarea» (Lawson-Tait), sau ambele metode (Graves), au evoluat progresiv; azi apare ca de importanţă secundară chipul în care se face incizia sau se trec punctele de sutură. Ar fi şi fără sens şi absolut inutil, dacă nu chiar imposibilde a cita pe toţi autorii care au adus îmbunătăţirile care fac azi din colpo-perineorafie tehnica cea mai bine reglată din specialitatea noastră şi mai unanim recomandată şi folosită de toate şcolile, cu foarte mici diferenţe de tehnică, adesea numai detalii neînsemnate.

Operaţiile plastice şi reparatoare pentru rupturile de perineu, descrise aici împreună, sînt inseparabile şi în practică (se efectuează mai totdeauna în aceeaşi şedinţă, mai întîi colporafia anterioară, cu sau fără colpoceliotomie, în vederea unor timpi complementari, apoi colpoperineorafia posterioară) şi în principiu: ambele, de importanţă egală şi completîndu-se reciproc, urmăresc îngustarea şi lungirea unui vagin lărgit de ruptură şi scurtat prin prola- barea pereţilor, precum şi replasarea vezicii în rapoartele sale anatomice, normale. Luată separat, o colporafie anterioară, pentru a fi eficientă, reclamă în principiu:

—liberarea cistocelului prin disecţia largă a vezicii, reducerea lui prin plicaturare sau strîmtarea sub-cervico-uretrală a fasciei vezico-vaginale şi eventual completată, cînd cistocelul este foarte mare, de reconstituirea unui plan solid sub vezică;

—rezecţia raţională a excesului de mucoasă vaginală, urmată de sutura peretelui vaginal anterior, cu fire separate;

—efectuarea unei colpo-perineorafii posterioare, pe care peretele anterior al vaginului să se poată sprijini.

Principiul esenţial al colpoperineorafiei posterioare rămîne reconstituirea anatomică a piramidei perineale, ruptă sau dislocată, al cărui timp esenţial este miorafia ridicătorilor anali; cînd rectul bombează în plagă, după rezecţia excesului de perete vaginal, fascia lui conjunctivă se plicaturează sau se reface cu fire separate. în cazul rupturilor complete acest timp trebuie precedat de reperarea capetelor sfincterului şi sutura sagitală a peretelui rectal anterior. La femei bătrîne sau cu deficienţe musculare importante, soluţiile pentru consolidarea coloanei posterioare de suport sînt mai puţin simple (sau sacrifică în parte funcţia sexuală).

INDICAŢII

Colporafia anterioară şi colpoperineorafia posterioară nu au decît o indicaţie, rupturile vechi de perineu, dar cea mai frecvent întîlnită în practică. Există însă o serie de situaţii ce impun adaptări de tehnică, în legătură cu:

—vîrsta bolnavei şi eventual dorinţa ei de a mai avea copii;

— întinderea rupturii (completă sau incompletă, cu sau fără cistocel şi rectocel manifest);

— prezenţa şi gradul tulburărilor funcţionale;

[25] Ceea ce se numeşte comun « cistocel» este uneori numai un uretrocel, dar cel mai des un cisto-uretrocel. Din acest punct de vedere, nu este lipsită de importanţă şi patogenia prolapsului urinar: cisto-uretrocelul femeilor tinere, cu rupturi de perineu, se însoţeşte de căderea axială a vezicii, mai zgomotoasă clinic decît cistocelul apărut la femeile trecute de menopauză, odată cu prolapsul uterin (în acest caz, vezica este basculată în sens caudalo-dorsal), ceea ce face importantă, în practică, pentru indicaţia operatorie, şi mai ales pentru alegerea tehnicii de folosit, noţiunea cistocetului prin descens axial sau prin descens rotator.

26 Acest fapt de observaţie, obscuritatea mecanismului fiziologic de control urinar, precum şi frecvenţa semnelor de carenţă estrogenică, au făcut pe L. Bădărău să propună în aceste cazuri tratament hormonal (dar acesta dă rezultate inconstante şi trecătoare); iar pe alţii, hiperemia obţinută prin exerciţii fizice.

| într-adevăr, cu cît rectocelul este mai însemnat, cu atît conţine un veritabil megarectum

— asocierea altor leziuni: descensul uterin, alungirea hipertrofică sau alte distrofii ale colului uterin, în sfîrşit fibromul sau fibromatoza uterină, mai rar fistulele uretro-, vezico- sau recto-vaginale.

CONTRAINDICAŢII

Intervenţia chirurgicală în rupturile de perineu este adesea un prilej de a înlătura şi o cervicită glandulară cronică ce întreţine o leucoree, uneori atît de importantă, încît la prima vedere ar contraindica o operaţie pe cale vaginală; evident, leucoreea de altă natură (trichomonadică, micotică etc.) trebuie în prealabil tratată.

Două situaţii în care colporafia şi colpoperineorafia sînt contraindicate în chip special, merită să fie amintite: sarcina şi metroanexitele acute sau sub- acute. Este aproape fără sens de a sublinia că sutura unei rupturi vechi de perineu (pe lîngă faptul că devine o operaţie foarte sîngerîndă) nu are rost să fie efectuată în cursul unei sarcini în evoluţie; după cum, în timpul unor metroanexite, pe lîngă că poate da naştere la complicaţii septice, coJpo-perineo- rafia stînjeneşte examenele şi tratamentele locale ce pot fi oricînd necesare.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Este o eroare să considerăm că pentru o colpoperineorafie ne putem lipsi de pregătirea preoperatorie. Aceasta, în rupturile incomplete, este adesea dintre cele mai simple: se rezumă la golirea rectului prin clisme şi la aseptizarea vaginului printr-o spălătură largă, urmată de badijonarea cu tinctură de iod diluată sau mercurocrom 2%. în anumite cazuri, însă, trebuie să se acorde o deosebită importanţă, atît pregătirii preoperatorii, cît şi îngrijirilor postoperatorii. Astfel:

— la femeile în vîrstă, cu colpite atrofice, este bine să se introducă cel puţin timp de 4 zile înaintea operaţiei, seara la culcare, cîte un ovul de tipul preparatului ovestrol (sau preparat după formula: sintofolin 1 mg sulfatiazol — marfanil aa 0,5 g, glicerină q.s. pentru un ovul);

— în cazul cistocelelor mari, cu semne de cistită prin evacuarea incompletă a vezicii, este recomandabilă o cură de repaus, de cîteva zile, în care timp, dacă cistocelul nu poate fi menţinut redus, se tamponează vaginul, sau se foloseşte un pesar; precum şi chimioterapia electivă (indicaţie obţinută prin urocultură urmată de antibiogramă);

— în rupturile de perineu complete este indicată administrarea (începînd cu 48 de ore înaintea intervenţiei) unei chimioterapii elective pentru flora intestinală; de asemenea, în aceste cazuri este bine ca, în afară de clismă, să se dea şi două-trei linguri cu ulei de ricină în preziua operaţiei.

CONDIŢII DE EFECTUARE

Momentul cel mai potrivit pentru operaţia unei rupturi de perineu este prima săptămînă după terminarea unei menstruaţii.

Anestezia se alege în funcţie de vîrsta femeii, patologia asociată etc.; la femei în vîrstă se poate recurge la anestezia locală, cu premedicaţie.Operaţia se execută în poziţie ginecologică; ea nu necesită instrumentaţie specială.

TEHNICI OPERATORII

Colporafia anterioară. Se introduce în vagin o valvă lată ce deprimă peretele vaginal posterior; se prinde cu două pense sau două fire tractor colul de buza anterioară, sau şi mai bine, de comisuri (alunecarea vezicii prolabate pe faţa anterioară a colului face adesea ca această precauţie să nu fie inutilă).

Incizia cea mai indicată este cea sagitală (fig. 481), la un cm şi jumătate deasupra colului, pe mijlocul peretelui vaginal anterior, sau o butonieră transversală de 10—12 mm, deasupra colului, cum recomandă Crossen. Această incizie are două avantaje: se poate începe decolarea din regiunea triunghiului lui Pawlick, unde pliurile transversale ale mucoasei vaginale lipsesc, uşurînd găsirea spaţiului de clivaj şi permite o excizie raţională a excesului de mucoasă vaginală; excizia nu va fi nici prea mică, nici prea * largă, cum se întîmplă adesea cînd se face de la început excizia ovalară sau rombică, iar punctul maxim al rezecţiei nu se va găsi nici prea jos, nici prea sus.

Prin butoniera efectuată sagital sau transversal deasupra colului, se insinuează sub mucoasă foarfecele bont şi curb (fig. 482 A), închis şi cu vîrful îndreptat în sus; după efectuarea tunelizării, către meatul urinar, foarfecele se retrage deschis; pe măsură ce decolarea progresează peretele vaginal este incizat, deasupra tunelului efectuat (fig. 482 B) cu o foarfecă dreaptă.

Decolarea laterală a lambourilor mucoasei vaginale, ale căror margini sînt prinse cu pense Kocher, de vezică şi uretră (fig. 483), se face cu o compresă montată pe deget şi secţionînd, din timp în timp, bridele conjunctive, puse astfel în evidenţă, cu bisturiul sau cu foarfecele bont. Punerea lamboului de mucoasă în tensiune, pe degetele mîinii stingi, uşurează decolarea lui cu policele sau indexul drept. întinderea laterală a decolării se apreciază ca suficientă de la caz la caz; oricum, cu cît disecţia va fi mai largă, cu atît se va găsi mai uşor densificarea fibroasă pusă în valoare de Halban (fig. 484). După decolarea lambourilor de mucoasă vaginală, se decolează vezica de uter, la început cu foarfeca curbă, îndreptată cu vîrful în jos, apoi se prind cu mîna stîngă pensele puse pe buza anterioară a colului, iar cu policele drept învelit într-o compresă se împinge vezica, strict pe linia mediană şi cît mai razant cu uterul; decolarea vezicii de pe col şi istmul uterin se poate face şi mai elegant numai cu foarfeca boantă, alternînd secţiunea bridelor cu introducerea foarfecii între vezică şi uter, cu vîrful în jos, pentru ca înainte de a retrage foarfeca din spaţiul creat să o întredeschidem (cu scopul de a lărgi astfel tunelul creat), aşa ca să apară vederii fundul de sac peritoneal vezico-uterin). In genere, cistocelul poate fi astfel redus cu uşurinţă; nu este nevoie şi nici nu este bine să se secţioneze pilierii formaţi din ligamentele vezico-uterine (prin care trec parte din vasele şi nervii vezicii şi deasupra cărora se află ureterele).

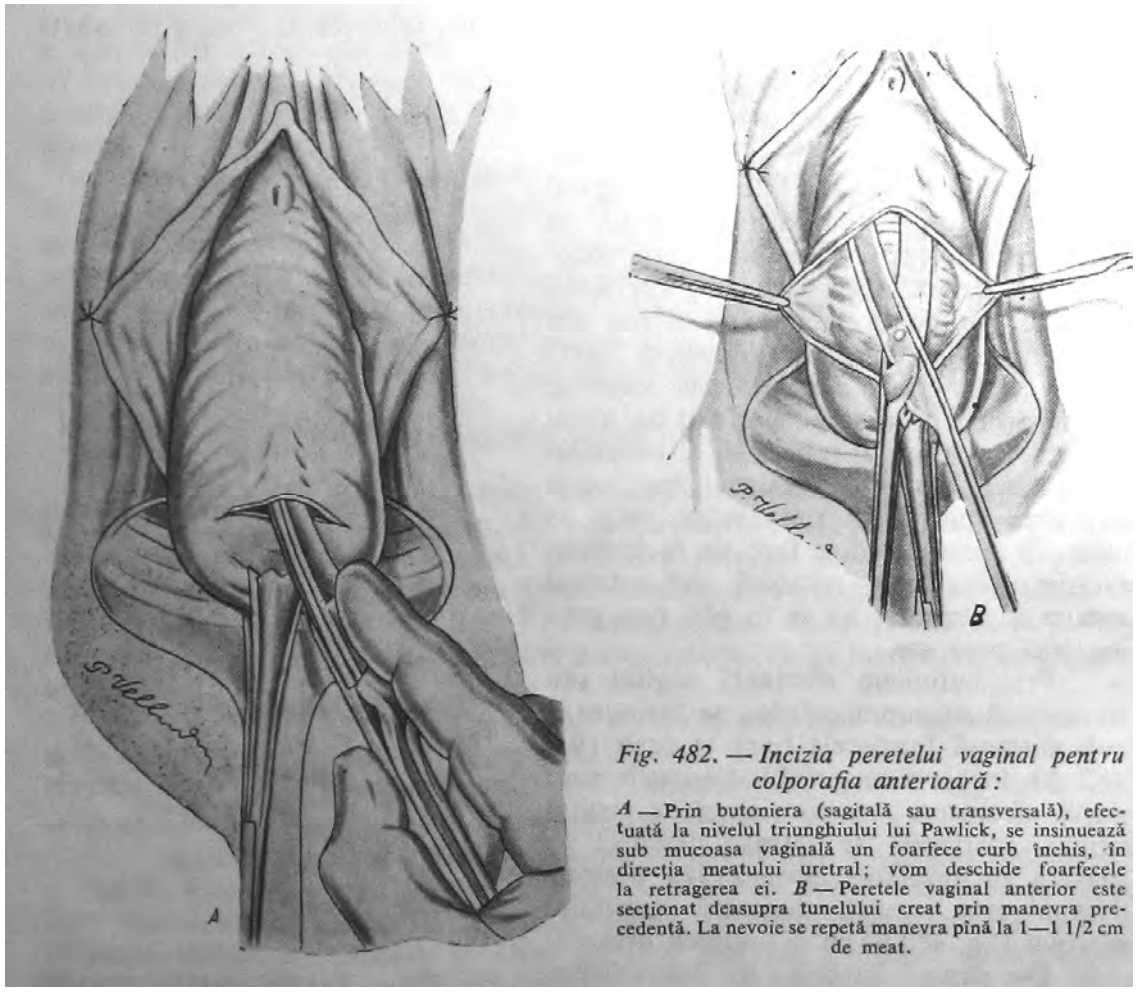


Fig. 482. — Incizia peretelui vaginal pentru colporafia anterioară :

A — Prin butoniera (sagitală sau transversală), efectuată la nivelul triunghiului lui Pawlick, se insinuează sub mucoasa vaginală un foarfece curb închis, în direcţia meatului uretral; vom deschide foarfecele la retragerea ei. *B* — Peretele vaginal anterior este secţionat deasupra tunelului creat prin manevra precedentă. La nevoie se repetă manevra pînă la 1—1 1/2 cm de meat.

După ce s-a redus cistocelul, se pune problema de a-1 menţine astfel şi de a corecta incontinenţa de efort ce-1 însoţeşte adesea; pentru aceasta, s-a recomandat să se însăileze diverticulul (în jurul orificiului intern al uretrei, reperat pe ciuperca unei sonde Pezzer introdusă în vezică, sondă ce trebuie scoasă înainte de legarea firului) şi să se înfunde cu fire separate (în X, în U) sau cu o bursă, acest diverticul dislocat (fig. 484 B). Atenţie la însăilarea pe linia mediană, dinaintea ciupercii Pezzerului, unde uretra are un perete membranos, în orice caz mai puţin important decît cel al vezicii. Este necesar să se facă şi o a doua bursă, sau şi mai bine, să se plicatureze şi fascia, căutînd a o prinde lateral, către limita decolării mucoasei vaginale, cu cîteva fire separate şi etajate în U sau în X (punctele Kelly) (fig. 484 C).

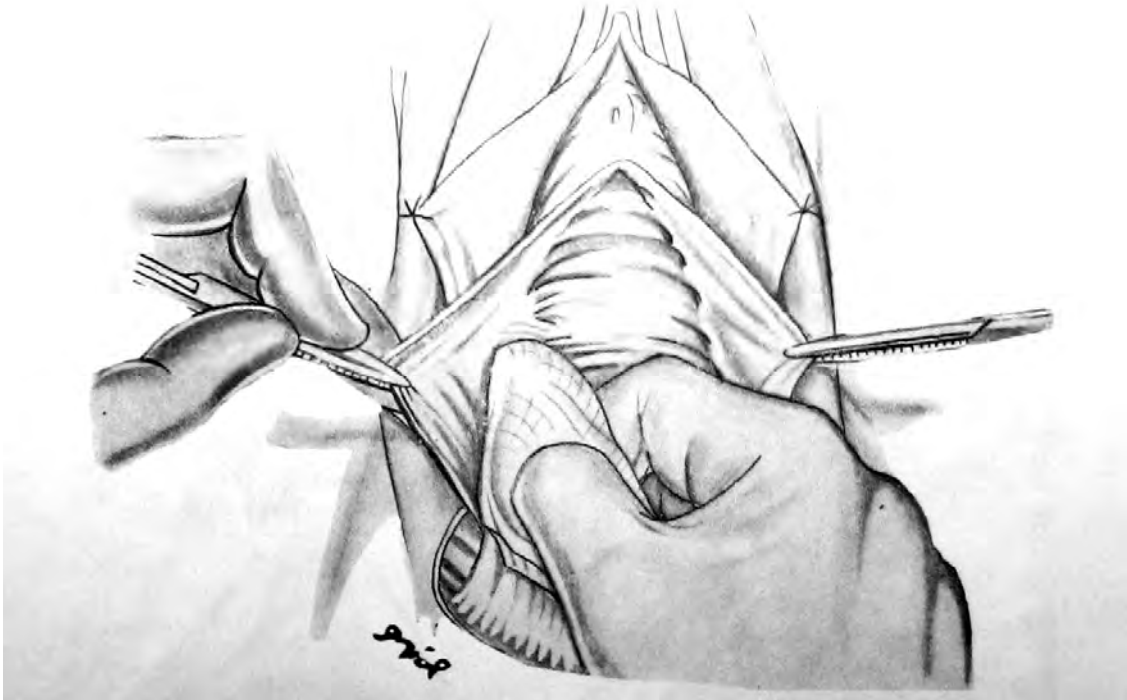


Fig. 483. — Colporafia anterioară. Se decolează larg, lateral, lambourile de mucoasa vaginală cu compresa montată pe index sau police:

Cînd cistocelul este foarte mare, se poate diseca fascia vezico-vaginală, cum recomandă Halban (decolată deja de vezică odată cu lambourile de mucoasă vaginală); disecţia fasciei se începe cu bisturiul, la marginea inciziei mucoasei vaginale, care este pusă de un ajutor în tensiune cu 2—3 pense Kocher (egale ca lungime); odată creat un spaţiu în care să se poată introduce foarfecele bont (de data asta cu vîrful către mucoasa vaginală), pe care apoi îl scoatem deschis pentru a lărgi spaţiul creat; apoi cu acelaşi foarfece se secţionează densificările ce mai unesc fascia de mucoasa vaginală. înfundăm apoi separat în bursă diverticulul vaginal şi suturăm dedesubt, după plicaturare, sau «în palton», fascia (fig. 485). Dar fascia nu este totdeauna o structură suficient de importantă pentru a fi uşor individualizată şi mai ales pentru a asigura un suport eficient. în aceste cazuri este bine să se caute fundul de sac peritoneal anterior şi după deschiderea lui (vezi intrepoziţia vezico-vaginală a uterului) să se treacă două rînduri de fire sagitale ce solidarizează de peretele anterior al uterului, diverticulul vezical decolat. Metoda cunoscută sub denumirea de vezico-fixaţie Halban (fig. 486), a fost propusă pentru corectarea retroversiei uterine; cum s-a arătat însă, mijloacele de fixitate ale vezicii sînt mult mai precare decît ale uterului, încît procedeul îşi găseşte mai degrabă folosinţa pentru susţinerea vezicii (sau peritonizarea unor intervenţii efectuate pe faţa anterioară a uterului). Apoi se rezecă excesul de mucoasă de pe ambele lambouri decolate şi se reface peretele vaginal anterior, cu fire separate; procedînd astfel, rezecţia nu va fi niciodată exagerată, iar excizia maximă a mucoasei se va situa exact acolo, unde peretele vaginal era mai destins de cistocelul acum redus. Ea nu va lăsa inele cicatriceale care, stenozînd vaginul, pot fi o cauză de dispareunie.

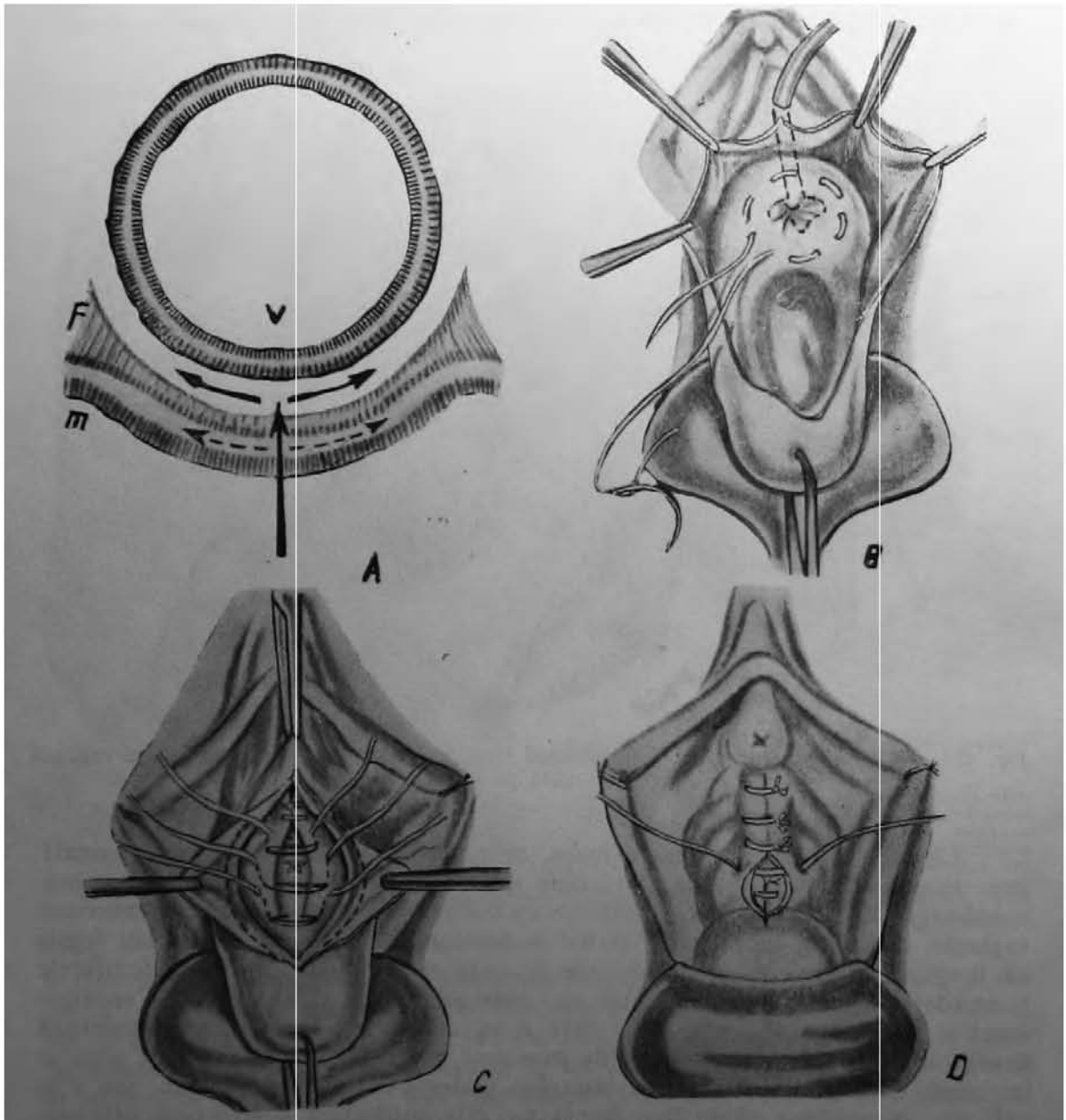


Fig. 484. — Colporafia anterioară :

A — Sînt prezentate spațiile decolabile între vezică (V) și mucoasa vaginală (m). Săgețile pline marchează incizia pe peretele vaginal anterior și decolarea mucoasei (împreună cu fascia vezico-vaginală) de vezică. Săgețile punctate marchează spațiul în care apoi se poate diliva cu ușurință fascia vezico-vaginală (F) de mucoasă *B* — După ce s-a reperat cu o sondă Pezzer joncțiunea cisto-uretrală, se însăilează o bursă care înfundă diverticulul vezical. *C* — Plicatura fasciei vezico-vaginală cu fire în U (sau punctele Kelly). În această imagine fascia nu a fost decolată de mucoasa vaginală (vezi și fig. 485 unde fascia este decolată). Apoi se excizează prisosul de mucoasă vaginală (de-a lungul liniilor punctate de pe fiecare lambou). *D* — Sutura peretelui vaginal anterior.

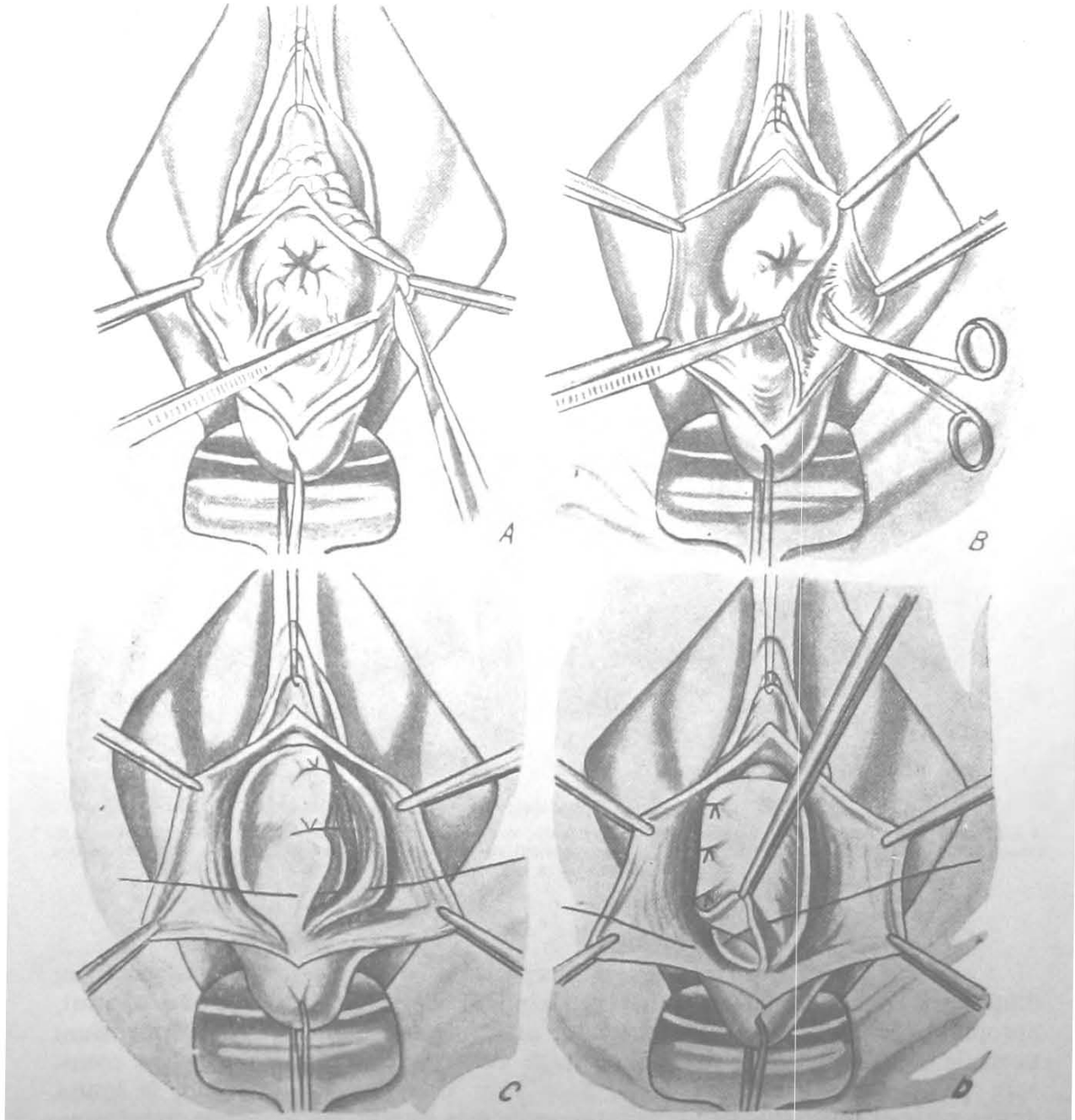


Fig. 485. — Plicatura în «palton» a fasciei vezico-vaginale (operația Halban):

A — După ce jonctiunea cistouretrală a fost înfundată în bursă, se începe, cu bisturiul clivàjul, fasciei de mucoasa vaginală, pusă în tensiune cu una sau mai multe pense. *B* — Decolarea fasciei este completată cu un foarfece bont, introdus cu vîrful spre mucoasa vaginală și care se deschide înainte de a fi retras dintre fascje și mucoasă. *C* și *D* — Plcatura «în palton» a fasciei vezico-vaginale.

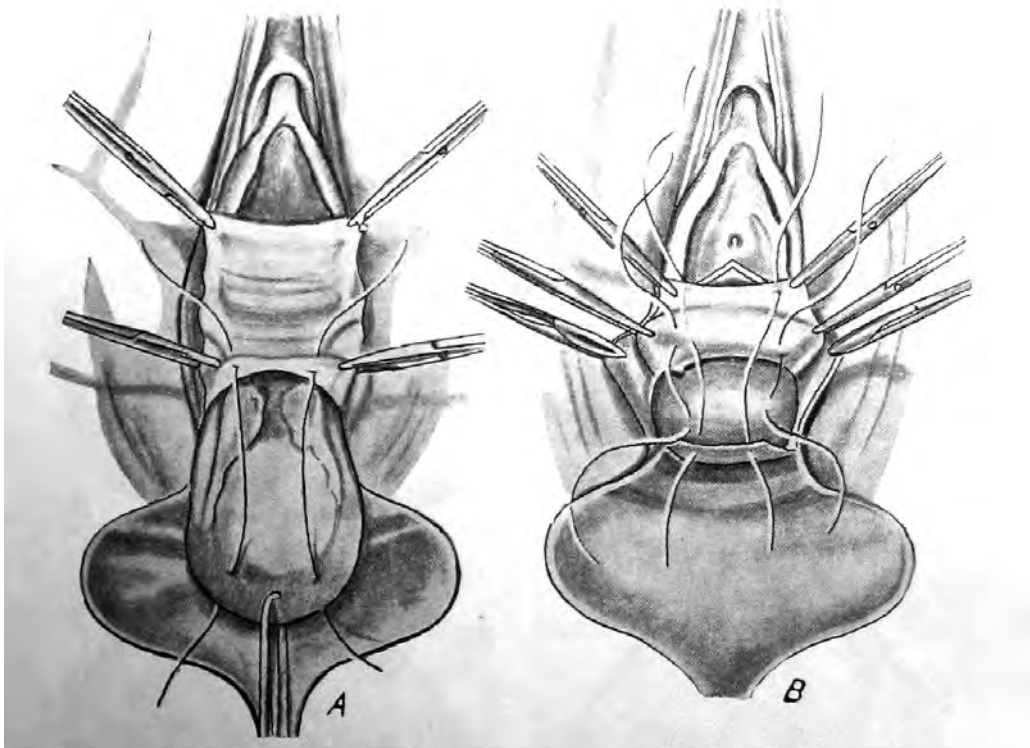


Fig. 486. — Vezico-fixaţia pe cale vaginală (vezico-fixaţia Halban):
A — După exteriorizarea uterului prin coeliotomie anterioară, se fixează marginea anterioară a fundului de sac peritoneal vezicouterin pe fundul uterului. *B* — Vezica este ataşată cu o serie de fire separate, cît mai simetrice, pe faţa anterioară a uterului.

Se înlătură pensele saufirele tractor de pe col, se şterge vaginul de sînge şi se scoate valva.

Incidentul cel maifrecvent este sîngerarea difuză a vezicii sau fasciei decolate; dar accidentul care trebuie prevenit cu grijă este lezarea peretelui vezical sau uretral.

Colpoperineorafia posterioară

a) *In rupturile incomplete*, se începe prin a repera cu cîte o pensă cu dinţi de şoarece limitele rupturii pe labiile mici şi, după ce ne-am asigurat, apropiindu-le pe linia mediană, că noul orificiu va fi simetric şi de dimensiuni normale (va admite două degete), se trage cu pensele punînd în tensiune comisura posterioară. Incizia se poate face prin transfixie, cu bisturiul, la limita dintre piele şi mucoasă, dar rezultatul va fi mai estetic, dacă incizia are forma unei acolade deschisă în sus (astfel, la sutura tegumentelor unghiul inferior nu se va ghemui).

Se prinde cu două pense mucoasa vaginală şi cu foarfecele curb se începe decolarea ei. Şi aici, punerea în tensiune a mucoasei vaginale pe degetele mîinii stingi [1] uşurează, reperînd, sprijinind şi controlind decolarea, care se efectuează cu policele sau indexul mîinii drepte (fig. 487); iar bridele conjunctive ce se ivesc în spaţiul de clivaj sînt secţionate cu foarfecele, ce se manipulează cu vîrful îndreptat lateral sau în sus, nu către rect. Tot timpul decolarea se menţine cît mai aproape de mucoasa vaginală, a cărei ciupire sau sfîşiere este fără inconveniente. După cum bolnava prezintă o ruptură simplă de perineu, o ruptură complicată cu rectocel sau cu rectocel şi enterocel, decolarea se va face mai profund sau mai puţin profund (depăşind cu puţin punctul cel mai mobil al mucoasei vaginale prolabate).

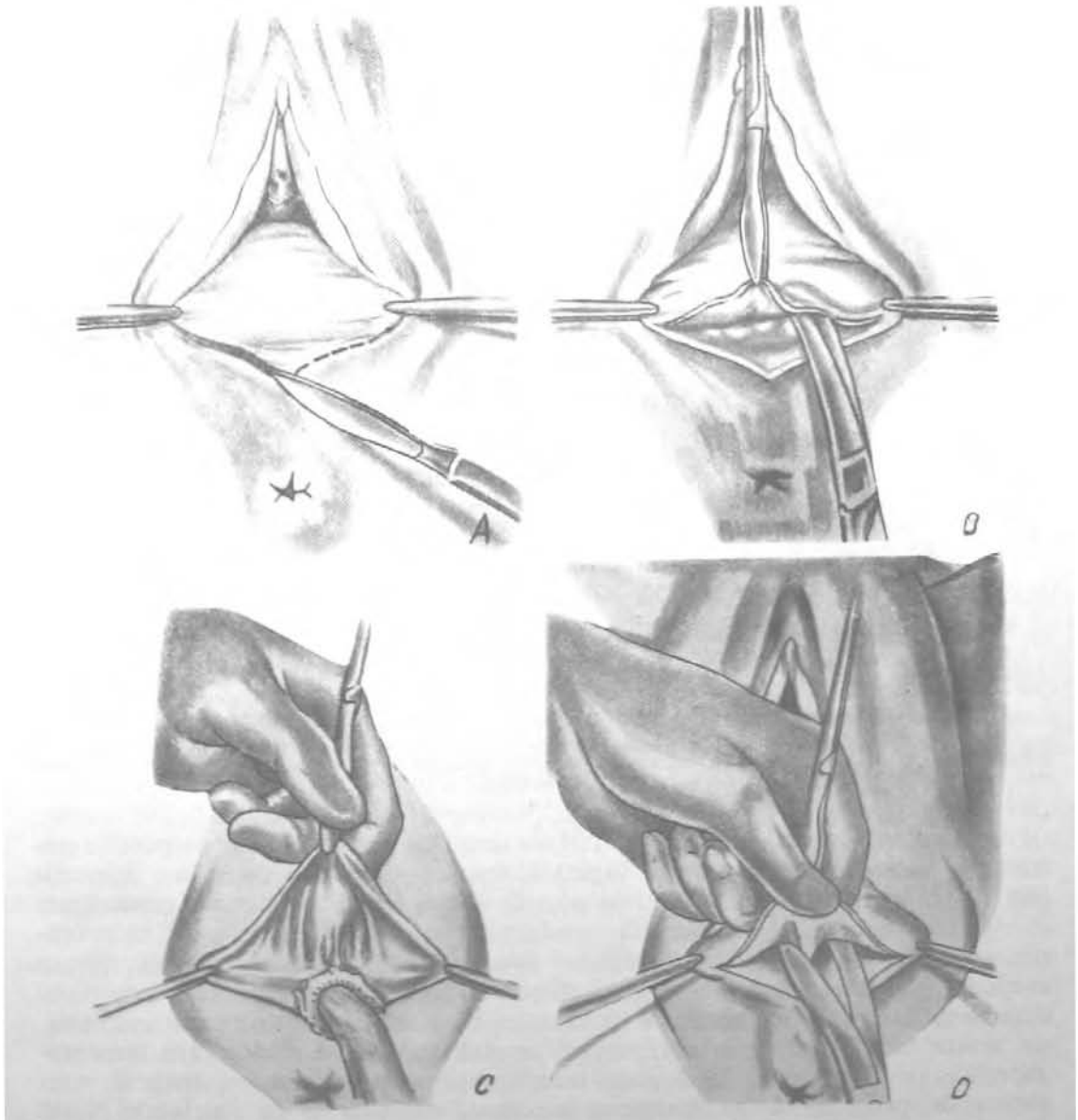


Fig. 487. — Colpoperineorafia posterioară (în rupturile incomplete):
A — Incizia în acoladă la limita între mucoasă şi piele. *B* — Se prinde cu una sau mai multe pense mucoasa vaginală şi cu foarfecele bont se începe decolarea ei. *C* — Continuarea decolării cu o compresă montată pe deget. *D* — Bridele conjunctive sînt incizate cu foarfecele (dar, de preferinţă, ţinut cu vîrful înspre mucoasa vaginală, nu spre rect)

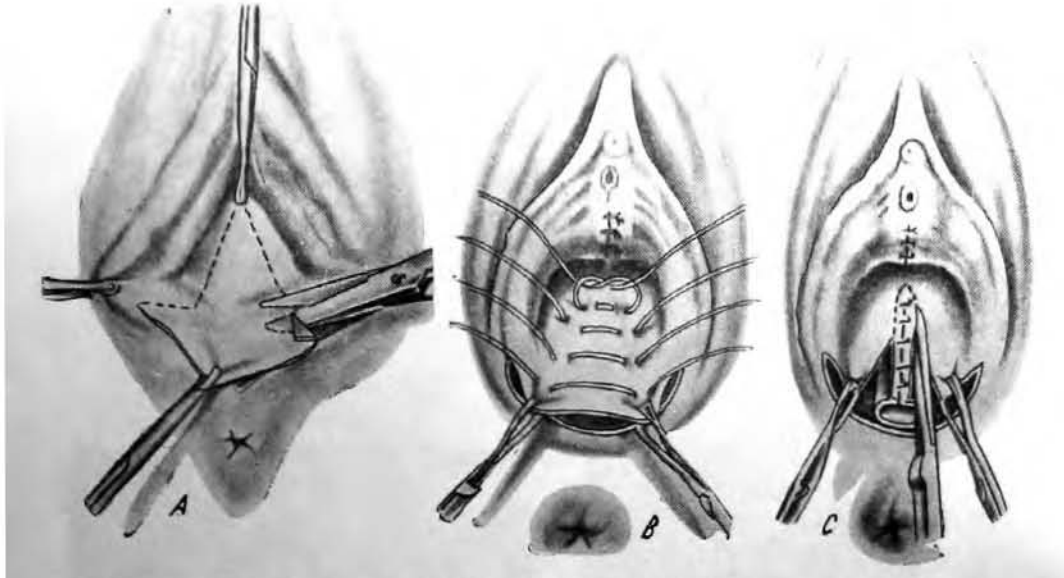


Fig. 488. — Colpoperineorafia posterioară (II). Excizia excesului de mucoasă vaginală:
A — După dedublarea rectovaginală se face excizia lamboului de mucoasă vaginală (după o linie în V răsturnat şi cu braţele frînte, la nivelul carunculilor mirtiformi). *B — C* — Artificiul lui Held: excizia mucoasei după însăilarea de probă.

In nici un caz decolarea nu trebuie împinsă lateral (ca la colporafia anterioară). Excesul de mucoasă vaginală trebuie excizat cu oarecare zgîrcenie (fig. 488 A) pentru a nu crea, mai ales la femei tinere, o stenoză generatoare de dispareunie şi pentru că atrofia conductului vaginal la menopauză va accentua strictura. Se poate folosi artificiul propus de Held pentru a avea măsura exciziei: însăilarea peretelui vaginal decolat (fig. 488 B-C). Excizia lamboului decolat o facem în formă de V inversat şi cu ramurile frînte; pentru aceasta, un ajutor ridică pensa, care repereză unghiul proximal al decolării şi pensa- reper de pe labia de partea unde începe excizia, iar operatorul trage în sens invers de pensa pusă pe marginea mucoasei vaginale şi, cu foarfecele plasat aproape orizontal (pentru a evita secţionarea canalului glandei Bartholin, care astfel se va transforma într-un chist de retenţie), taie mucoasa vaginală pînă la nivelul caronculelor mirtiforme; de aci foarfecele se îndreaptă către pensa de pe mucoasa vaginală, ce marchează unghiul proximal al exciziei. Se excizează şi de partea opusă, simetric, apoi se vede cel mai bine daca bolnava prezintă un rectocel mai mult sau mai puţin însemnat, eventual un enterocel. Accidentul cel mai frecvent este ciupirea rectului la decolare: în aceste cazuri este momentul de a sutura soluţia de continuitate a peretelui rectal (înfundînd zona respectivă în două-trei burse).

Dacă rectocelul este manifest, se pun două-trei fire în U, pe fascia conjunctivă a rectului, reducîndu-i prin înfundare peretele anterior exuberant (atenţie ca aceste fire să nu perforeze peretele subţire al rectului) (fig. 489 A). Cînd se constată un enterocel, sacul herniar trebuie disecat pînă la nivelul ligamentelor utero-sacrate, golit de conţinut, legat şi rezecat; după aceasta ligamentele utero-sacrate sînt apropiate cu două-trei fire de linia mediană, sau firul superior, care apropie ridicătorii anali, le încarcă şi le apropie şi pe ele.

Cînd rectocelul nu atrage atenţia în chip deosebit, miorafia ridicătorilor anali este suficientă; pentru ca aceasta să fie eficientă, nu este bine ca muşchii să fie îndeaproape disecaţi şi desgoliţi de teaca lor conjuctivă (cum era clasic recomandat); această disecţie, făcută cu foarfecele, bisturiul sau digital, este sîngerîndă şi favorizează hematoame ce pot compromite intervenţia, iar fasciculele musculare lipsite de acoperămînt conjunctiv se pot detaşa de masa musculară, lărgind în loc să reducă hiatusul prerectal[1]).

Pentru a identifica ridicătorii anali se poate proceda în două feluri:

— sau muşchii sînt puşi în tensiune, apăsînd cu indexul mîinii stîngi, prin unghiul inferior al plăgii asupra sfincterului anal şi cu mîna dreaptă se trece, de preferinţă cu un Reverdin curb, sau cu un Hagedorn mare un fir gros de nylon, prinzînd imediat deasupra degetului stîng «în masă», lamele întinse de o parte şi de alta a rectului (fig. 489 B) (firul acesta inferior se foloseşte apoi ca tractor pentru celelalte două-trei fire);

— sau se palpează, şi după identificare se prind între indexul şi policele mîinii stîngi, masele musculare latero-rectale şi cu mîna dreaptă se trece pe deasupra firului superior, mai întîi.

Odată firele trecute pe ridicătorii anali, ele se montează pe pense Pean şi nu se leagă pînă ce nu se va sutura mucoasa vaginală (pentru a nu îngreuna accesul în vagin) (fig. 489 C). Sutura peretelui posterior al vaginului se face cu fire separate pînă la nivelul caronculilor mirtiformi (reper şi pentru simetria suturii şi pentru refacerea « pragului»; amintim că vaginul se deschide în chip normal în fundul pîlniei vestibulare şi nu la comisura posterioară a vulvei). Ultimul fir se păstrează într-o pensă. După ce se leagă firele puse pe ridicătorii anali, se capitonează spaţiul subcutanat cu cîteva fire subţiri în U (fig. 489 D). Acest timp, adesea omis, este foarte important pentru că refăcînd în masă muşchii superficiali ai perineului (nucleul central mai bine zis), redăm înălţimea şi consistenţa normală spaţiului ce separă vulva de anus. Apoi se pun fire separate pe mucoasă (de la caronculi pînă la limita ei cu pielea) şi de setolină pe tegumente (nu fire de aţă, fiindcă se îmbibă de secreţii, pe care le drenează sub tegumente; în lipsa setolinei se pune nylon) (fig. 489 E).

în ce priveşte colpo-perineorafia posterioară la femei bătrîne sau în deficienţe musculare importante (cînd ridicătorii anali sînt atît de atrofiaţi, încît nu mai pot fi găsiţi sau apropiaţi pe linia mediană) se poate încerca obţinerea consolidării perineului printr-o cicatrice inflamatorie: pentru aceasta, între rectul cu teaca conjunctivă capitonată şi vaginul suturat, după excizia excesului de mucoasă se lasă un tubuşor de dren ce iese în plaga perineală (încă demult N. Gheorghiu preconiza drenajul sistematic, sub sutura planului ridicătorilor, cu fascicul de fire de setolină sau, în lipsă, cu un tub subţire de plastic).

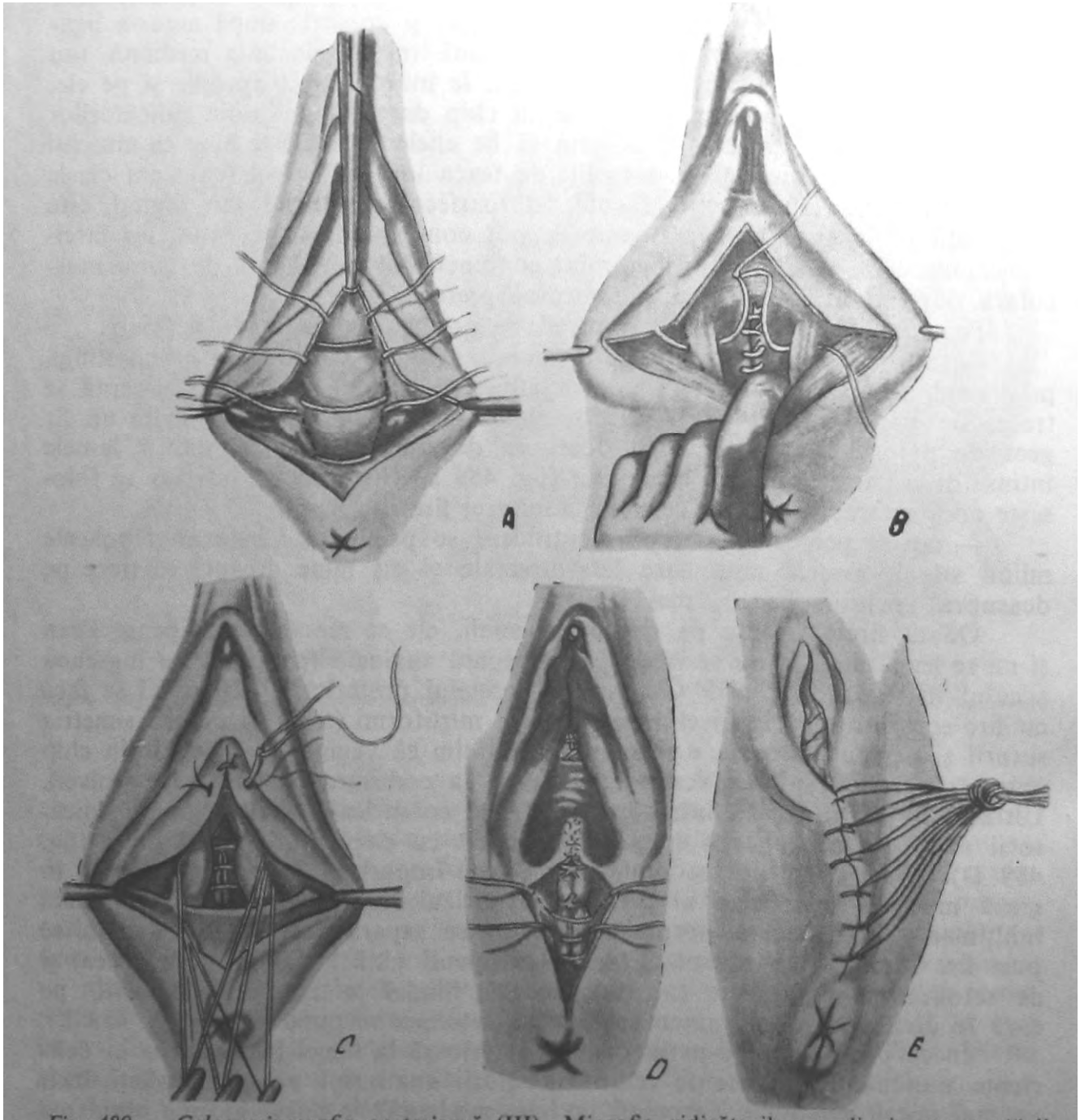


Fig. 489. — Colpoperineorafia posterioară (III). Miorafia ridicătorilor anali şi sutura plăgii (vaginală şi perineală):

A — Refacerea tecii rectului cu fire în U. *B* — Arătătorul stîng apasă pe comisura posterioară a plăgii create, punînd astfel în tensiune ridicătorii anali; imediat deasupra degetului se trece prin marginile muşchilor primul fir. *C* — După ce s-au pus 2—3 fire pe ridicătorii anali, fire ce sînt păstrate în pense, se reface cu fire separate peretele vaginal posterior pînă la nivelul caruncullilor mirtiformi (reper anatomic important pentru simetria refacerii şi evitarea prinderii în suturi a ductului gl. Bartholin). *D* — După ce s-au legat firele trecute pe ridicători se capitonează cu 2—3 fire în U. *E* — Aspectul suturii tegumentelor după colpoperineorafia posterioară.

b) *în rupturile complete* s-a spus mai demult că interesarea sfinteriană nu se însoţeşte totdeauna de incontinenţă (chiar a materiilor lichide sau a gazelor).

Totuşi colpoperineorafia posterioară, în aceste cazuri, trebuie să repare, pe lîngă nucleul central al perineului, sfincterul anal şi peretele anterior al rectului, totdeauna mai mult sau mai puţin interesat; tehnica diferă deci, în anumite puncte, de descrierea precedentă şi anume:

— operaţia se începe reperînd capetele sfincterului, care face nişte gropiţe (de o parte şi de alta a regiunii, în care mucoasa anală prezintă pliuri), cu cîte o pensă de col sau cîte un fir. Cînd pierderea de substanţă din peretele rectal anterior nu este prea însemnată limita inferioară a exciziei cicatriceale va avea forma de W (cu unghiurile inferioare rotunjite) (fig. 490 A); cînd pierderea de substanţă este importantă se începe, mai bine, excizia şi decolarea de sus în jos de pe vagin (pe care se conturează, cum s-a descris în tehnica precedentă, un V inversat cu ramurile frînte) răsfrîngînd apoi, în jos, pe măsură ce decolarea progresează, mucoasa vaginală, căreia i se păstrează însă continuitatea cu mucoasa rectală (pentru a folosi o parte din lamboul decolat la plastia peretelui anterior al rectului) (fig. 491 A, B, C, D);

— în prima eventualitate, cînd se face de jos în sus excizia cicatricii, după ce aceasta este perfectată, se reface cu fire separate peretele anterior al rectului (fig. 490 B): aceste fire trebuie trecute invers, începînd de la buza dreaptă a plăgii, pentru a le înnoda în lumenul rectului (vezi fig. 490 C). Pe deasupra lor, peretele muscular şi teaca conjunctivă a rectului mai sînt suturate cu două- trei fire în U (acestea din urmă nu trebuie să mai transfixieze mucoasa, ci, pe cît posibil, să înfunde sutura precedentă).

Acum se liberează capetele sfincterului de ţesutul cicatricial ce le înconjură şi se suturează pe deasupra peretelui rectal suturat şi capitonat (cu două fire de nylon).

Principiul director este de a limita disecţia şi decolările, precum şi rezecţia ţesuturilor cicatriciale: pe de o parte pentru a preveni sîngerarea, hematoamele şi supuraţia, ce pot urma, şi pe de altă parte pentru ca firele trecute prin sfincter să nu taie şi să nu alunece printre fibre. într-adevăr, cu cît repararea sfincterului anal se limitează la un minimum de disecţie şi rezecţie şi nu caută o adevărată « reparaţie anatomică», cu atît rezultatele sînt mai bune. Apoi se procedează întocmai ca în tehnica precedent descrisă: apăsînd cu degetul în unghiul inferior al plăgii, se pun în evidenţă ridicătorii anali şi se trec firele pe ei; se suturează cu fire separate mucoasa vaginală pînă la caronculele mirtiforme; apoi se capitonează prinzînd cu fire în U, în masă, muşchii superficiali ai perineului şi se pun fire de setolină sau nylon la tegumente;

— în a doua eventualitate, după ce lamboul de mucoasă vaginală a fost decolat şi răsfrînt în jos, acoperind anusul, se trec două-trei fire în U pe teaca conjunctivă a rectului. Se caută şi se izolează capetele sfincterului, apoi se pune pe el un fir în U, care-i apropie capetele pe linia mediană. Se urmează prinzînd ca mai sus ridicătorii anali, suturind vaginul pînă la resturile inelului himeneal, capitonînd cu fire în U şi suturînd de sus în jos tegumentele. Excesul de mucoasă vaginală decolată se ajustează şi se suturează cu două-trei fire.

Cura elitrocelulni. Hernia fundului de sac Douglas se prezintă sau asociată prolapsului (cînd importanţa herniei este în funcţie de dispoziţia primitivă a

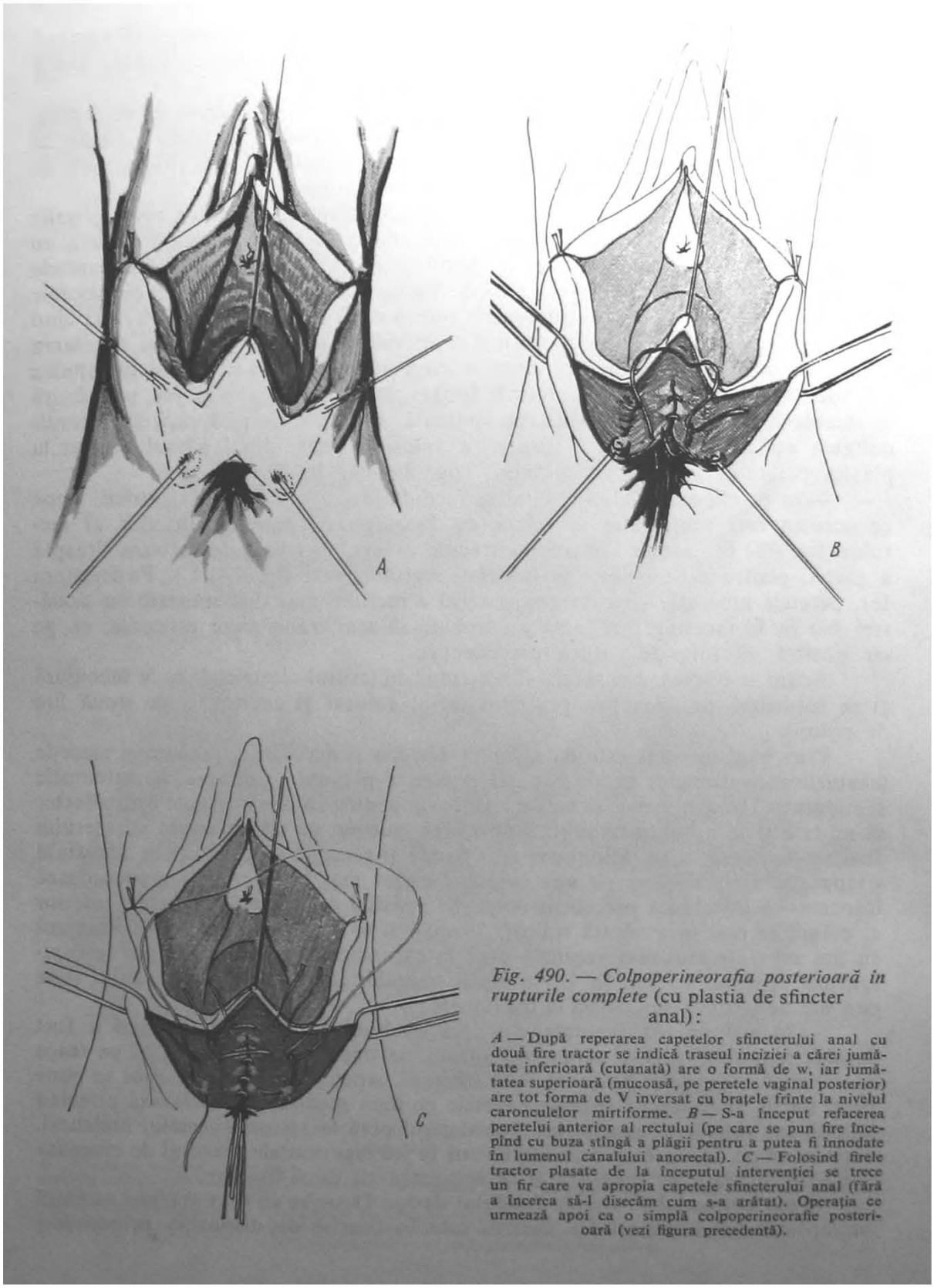


Fig. 490. — Colpoperineorafia posterioară în rupturile complete (cu plastia de sfincter anal):

A — După reperarea capetelor sfincterului anal cu două fire tractor se indică traseul inciziei a cărei jumătate inferioară (cutanată) are o formă de w, iar jumătatea superioară (mucoasă, pe peretele vaginal posterior) are tot forma de V inversat cu brațele frînte la nivelul caroncule lor mirtiforme. *B* — S-a început refacerea peretelui anterior al rectului (pe care se pun fire începînd cu buza stîngă a plăgii pentru a putea fi înnodate în lumenul canalului anorectal). *C* — Folosind firele tractor plasate de la începutul intervenției se trece un fir care va apropia capetele sfincterului anal (fără a încerca să-l disecăm cum s-a arătat). Operația ce urmează apoi ca o simplă colpoperineorafie posterioară (vezi figura precedentă).

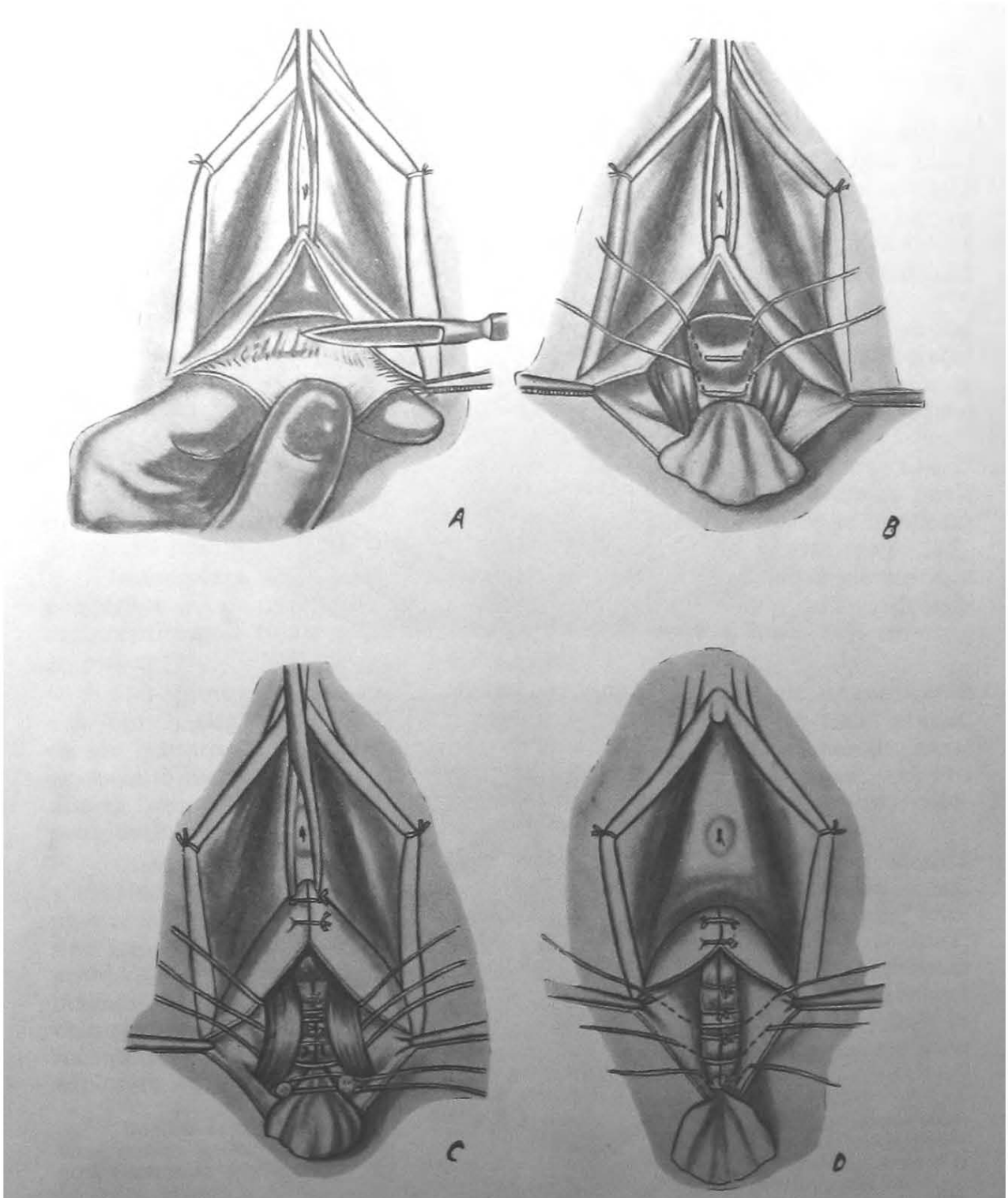


Fig. 491. — Colpoperineorafia posterioară în rupturi complete. Procedeul cu plastia defectului rectal prin lambou decolat din mucoasa vaginală:

A — Incizia peretelui vaginal de aceeași formă (V răsturnat cu ramurile frînte) dar efectuată de sus în jos, pentru a păstra intact lamboul de mucoasă, ce se decolează lent pe deget. *B*— Se reface teaca rectului eventual cu 2 fire în U. *C* — Miorafia ridicătorilor anali și sutura sfincterului (cu 1 sau 2 fire în U). *D* — Capitonarea urmată de sutură a tegumentelor; apoi se va ajusta lamboul coborît rezecînd excesul la nivelul suturii tegumentelor (de care se fixează cu 2—3 fire).

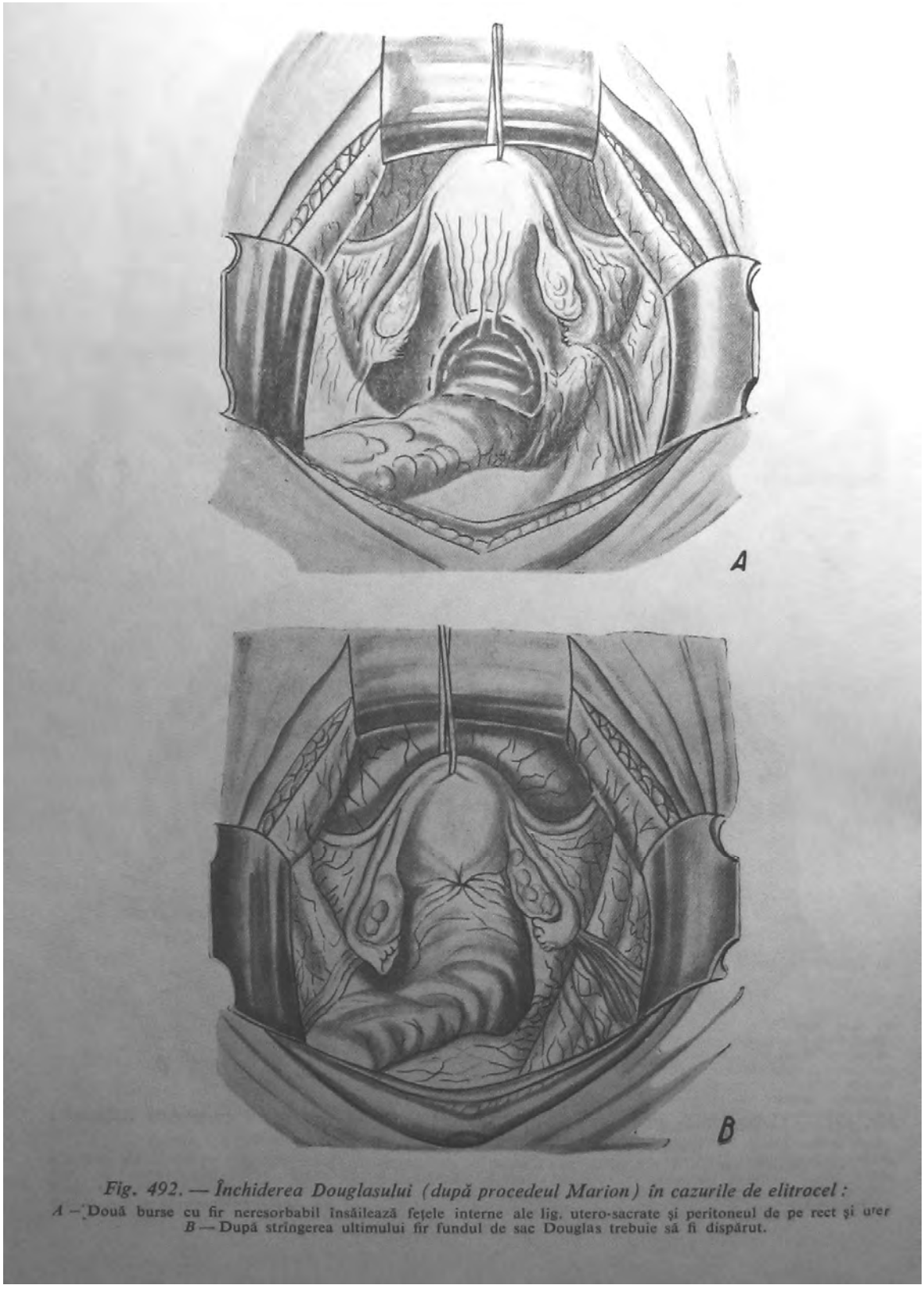


Fig. 492. — Închiderea Douglasului (după procedeul Marion) în cazurile de elitrocel :
A — Două burse cu fir neresorbabil însăilează feţele interne ale lig. utero-sacrate şi peritoneul de pe rect şi uter
B — După strîngerea ultimului fir fundul de sac Douglas trebuie să fi dispărut.

fundului de sac peritoneal posterior), sau mai ales ca urmare a unei cure chirurgicale, incompletă sau neadecvată (de regulă fixare uterină directă sau prin ligamentele rotunde, la peretele abdominal).

Cura chirurgicală a elitrocelului, pe cale vaginală, este recomandabilă numai cînd uterul (sau bontul după histerectomie) este mobil; cînd hernia Dou- glasului apare după histero- sau ligamento-pexii se impune în principiu calea mixtă abdomino-perineală. Ca la orice hernie, cura radicală este simplă; ea comportă izolarea şi rezecţia sacului peritoneal şi închiderea cît mai solidă a spaţiului (ocupat anterior de hernie) începînd colpoperineorafia posterioară de la ligamentele utero-sacrate (cum recomandă Dellepiane).

Adesea pe lîngă elitrocel, histero- şi ligamento-pexiile duc şi la alungirea zisă « hipertrofică» a colului uterin care trebuie şi ea corectată în cadrul operaţiei pe cale joasă (vezi amputaţia de col fig. 469). In astfel de cazuri operaţia se începe prin incizie Crossen, completată, după decolarea şi incizia peretelui vaginal anterior, printr-o incizie circulară în jurul colului.

Urmează, după amputaţia colului, colporafia anterioară, apoi cura radicală a elitrocelului şi colpoperineorafia posterioară înaltă. Abia acum se poate trece la timpul abdominal efectuîndu-se două burse etajate cu care se însăilează peritoneul fundului de sac Douglas, sau douglasectomie tip Jamain (pag. 585).

Incontinenţa de urină. Desemnarea ca incontinenţă relativă de urină a pierderilor involuntare, pe calea naturală, se face în tendinţa de a le deosebi de incontinenţele totale şi permanente ce însoţesc fistulele, unele boli nervoase şi psihice etc.

Dar printre incontinenţele relative de urină se deosebesc incontinenţele «de efort» (legate de creşterea presiunii intraabdominale prin tuse, strănut, rîs sau ridicare de greutăţi, provocate de urcarea unei scări, ba chiar de mers) şi incontinenţele «de urgenţă» cu micţiuni frecvente, imperioase, uneori disurie (mai degrabă semne de cistită, trigonită, dissinergie de detrusor, cistopatie endocrină etc.).

Cum incontinenţa «de efort» şi incontinenţa «de urgenţă» pot coexista şi coexistă destul de frecvent, ne vom referi la incontinenţa relativă de urină, pînă ce toate mijloacele clinice (anamneză corectă, examen clinic complet, folosind testele Bonney, Naric şi Magendie) asociate celor paraclinice (urocultură, proba Addis, cistomanometrie şi mai ales cistografie micţională) precizează diagnosticul de incontinenţă urinară de efort, singura justiţiabilă de tratament chirurgical. Este de menţionat că marea majoritate a eşecurilor operatorii în incontinenţa urinară de efort se datoresc unor indicaţii greşite (bazate pe o explorare incompletă) (fig. 493).

Studiile de microanatomie care au demonstrat că uretra este lipsită de un sfincter autonom, precum şi explorările radiologice, radio-cinematografice, dar mai ales cistometria simultană electronică uretrală şi vezicală au permis înţelegerea mecanismului contenţiei urinare şi micţiunii, precum şi fiziopatologia incontinenţei urinare de efort. S-a dovedit astfel că:

—în uretră presiunea maximă se găseşte în 1/3-a ei superioară (uretra proximală, care împreună cu zona inferioară a bas-fondului vezical constituie o unitate anatomo-funcţională, fibrele musculare vezicale continuîndu-se la nivelul joncţiunii uretro-vezicale);

— în caz de continenţă, presiunea din uretra proximală depăşeşte totdeauna presiunea intravezicală, atît în repaus, cit şi la efort;

— condiţia menţinerii acestei diferenţe de presiune uretro-vezicale, chiar şi la efort, este ca joncţiunea uretro-vezicală să fie situată în incinta abdominală, astfel că, creşterea presiunii intra-abdominale (cauzată de efort) să acţioneze concomitent atît pe vezică, cît şi pe urera proximală (în aceste condiţii presiunea intra-ureteralâ rămînînd în continuare superioară cele vezicale).

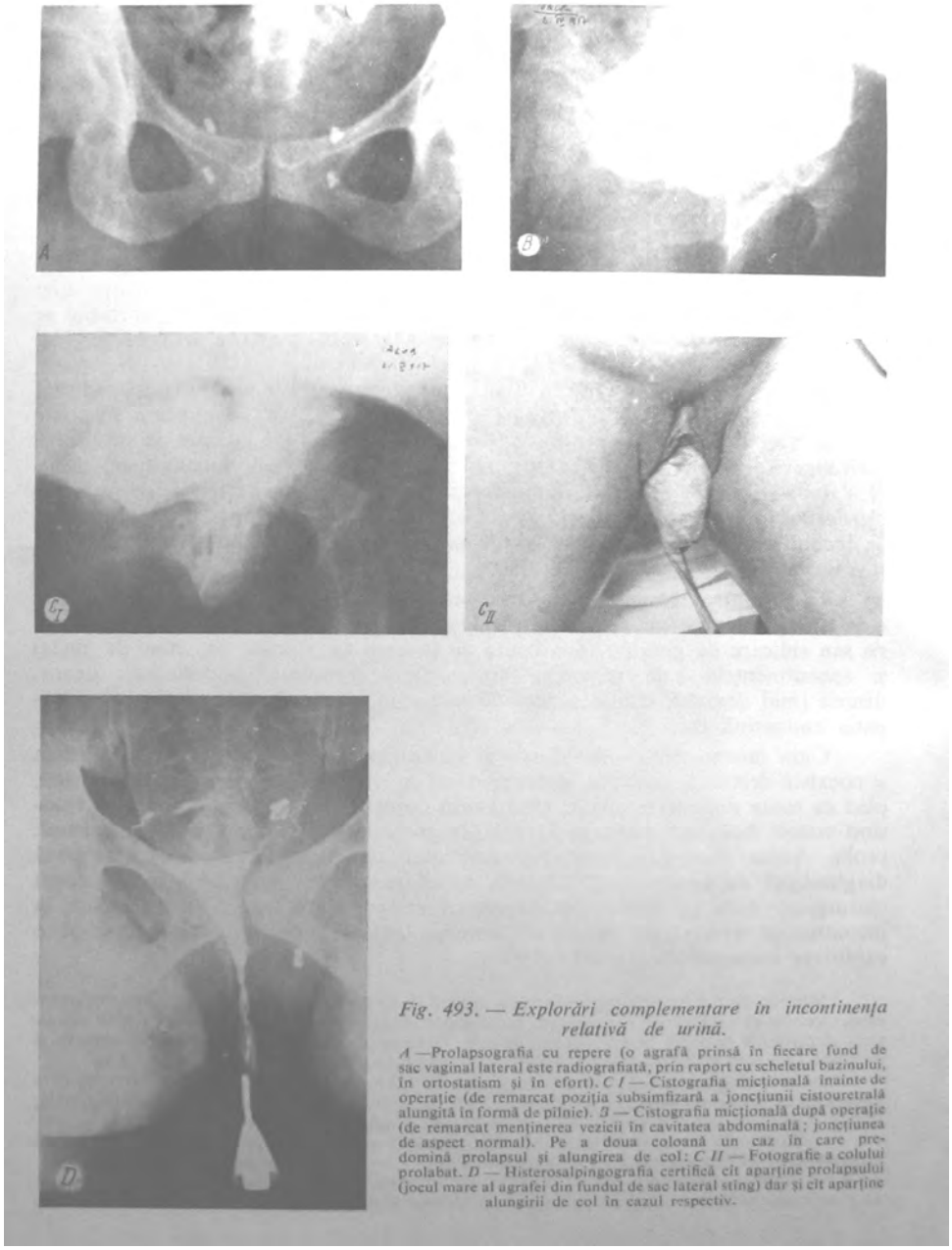


Fig. 493. — Explorări complementare în incontinenţa relativă de urină.

A —Prolapsografia cu repere (o agrafă prinsă în fiecare fund de sac vaginal lateral este radiografiată, prin raport cu scheletul bazinului, în ortostatism şi în efort). *C I* — Cistografia micţională înainte de operaţie (de remarcat poziţia subsimfizară a joncţiunii cistouretrală alungită în formă de pîlnie). *B* — Cistografia micţională după operaţie (de remarcat menţinerea vezicii în cavitatea abdominală; joncţiunea de aspect normal). Pe a doua coloană un caz în care predomină prolapsul şi alungirea de col: *C II* — Fotografie a colului prolabat. *D* — Histerosalpingografia certifică cît aparţine prolapsului (jocul mare al agrafei din fundul de sac lateral stîng) dar şi cît aparţine alungirii de col în cazul respectiv.

S-a dovedit că în incontinenţa de urină la efort joncţiunea cistouretrală şi-a pierdut poziţia înaltă, intra-abdominală, situîndu-se în afara planşeului muscular, care închide în jos excavaţia pelviană (se extraabdominalizează astfel) şi presiunea abdominală crescută în efort se exercită numai asupra vezicii; gradientul de presiune se inversează în favoarea vezicii, presiunea intra- vezicală depăşeşte pe cea uretrală şi apare incontinenţa urinară la efort.

Incontestabil că în mecanismul de contenţie urinară intervine şi tonusul musculaturii netede cisto-uretrale cu anexele ei: pliurile uretrale, sistemul vaselor minune etc. Intervine de asemenea planul musculo-aponevrotic, pelvi-perineal dispus în hamac cu rol important de susţinere a regiunii uretro-vezicale, ca şi statica uterului şi vaginului solidară trigonului şi funcţiunii cisto-uretrale. Cu mulţi ani în urmă maestrul nostru D. Săvulescu scria că „vezica urmează destinele uterului". Incontinenţa urinară de efort este condiţionată şi favorizată de o serie de factori:

— traumatismul obstetrical prin efect direct asupra regiunii uretro-vezicale pe care o dislocă şi indirect prin leziunile perineale, consecutiv cărora dispare elementul de susţinere atît al uterului şi pereţilor vaginali, cît şi a joncţiunii uretro-vezicale. De aici, obligativitatea că în incontinenţa urinară de efort asociată cu rupturile de perineu complicate sau nu de leziuni de prolaps genital (asocierea este aproape de regulă) să fie rezolvate deopotrivă ambele tulburări;

— menopauza intervine în plus prin modificările involutive atît asupra mucoasei şi sistemului vascular erectil uretral cît şi asupra tonusului musculaturii uretrei şi în general al celeî pelvi-perineale; se impune deci, în asemenea cazuri, oestrogenizare pre-postoperatorie, dar mai ales gimnastica medicală perineală.

în tratamentul incontinenţei urinare la efort actul chirurgical trebuie să urmărească, în special, ascensiunea, reabdominalizarea joncţiunii căzute; în acest scop s-au propus numeroase intervenţii chirurgicale, care se pot grupa în trei categorii (fig. 494):

a) *operaţii de susţinere subcervico-uretrală* indicate ca primă intervenţie şi mai ales cînd gradul de alunecare al joncţiunii este moderat: colporafia anterioară şi posterioară, cu sau fără plastie sub-uretrală (cu fascia vezico- vaginală, cu muşchii bulbo-cavernoşi, cu fasciculele pubo-coccigiene ale ridicătorilor sau cu lambouri de vagin); o menţiune specială trebuie făcută aici interpoziţiei vezico-vaginale a uterului sau a bontului după histerectomie (vezi fig. 547—549);

b) *operaţii de suspensie* prin anse subcervico-uretrale executate pe cale mixtă abdomino-vaginală, tip Goebel-Stockel, Delinotte, Aldridge. Sînt operaţii mai laborioase, cu relativ frecvente complicaţii, indicate în special în cazurile recidivate; în fine;

c) *operaţii de tip uretro-cistopexie,* apreciate atît pentru procentul mare de vindecări (realizează o bună ascensionare a joncţiunii), cît şi pentru uşurinţa execuţiei şi lipsa lor relativă de complicaţii.

în această grupă se descriu:

— uretrocistopexii indirecte în care ridicarea joncţiunii se face prin intermediul vaginului abordat pe cale abdominală retro-pubiană (Perrin-Leger), sau fixarea la simfiză (op. Marshall-Marchetti-Krantz), sau ligamentele Cooper (operaţia Burch);

— uretrocistopexii directe în care firele de suspensie sînt trecute prin peretele joncţiunii şi fixate retro-pubian la aponevroza drepţilor (operaţii tip Pereyra şi D. Alessandrescu).

a) *Din prima grupă de operaţii* (ce au drept scop reducerea caiibrului uretrei şi ridicarea, precum şi susţinerea, dispozitivului de închidere cervico-uretral) s-a descris ***plicatura subcervico-uretrală,*** preconizată de Keliy în America (1912), Marion în Franţa (1920), Bonney în Anglia, Gersuny, Sânger, Martius etc., cea mai simplă şi larg întrebuinţată (ceea ce totuşi constituie o probă de calitate); tot din această grupă mai amintim interpoziţia unei plastii de grăsime în spaţiul uretro-vaginal (vezi tehnica la fistulele vezico-vaginale), interpoziţia muşchilor bulbo-cavernoşi (Berrow, 1942), interpoziţia de materiale plastice, cerclajul uretral juxtameatic (Richer) etc.

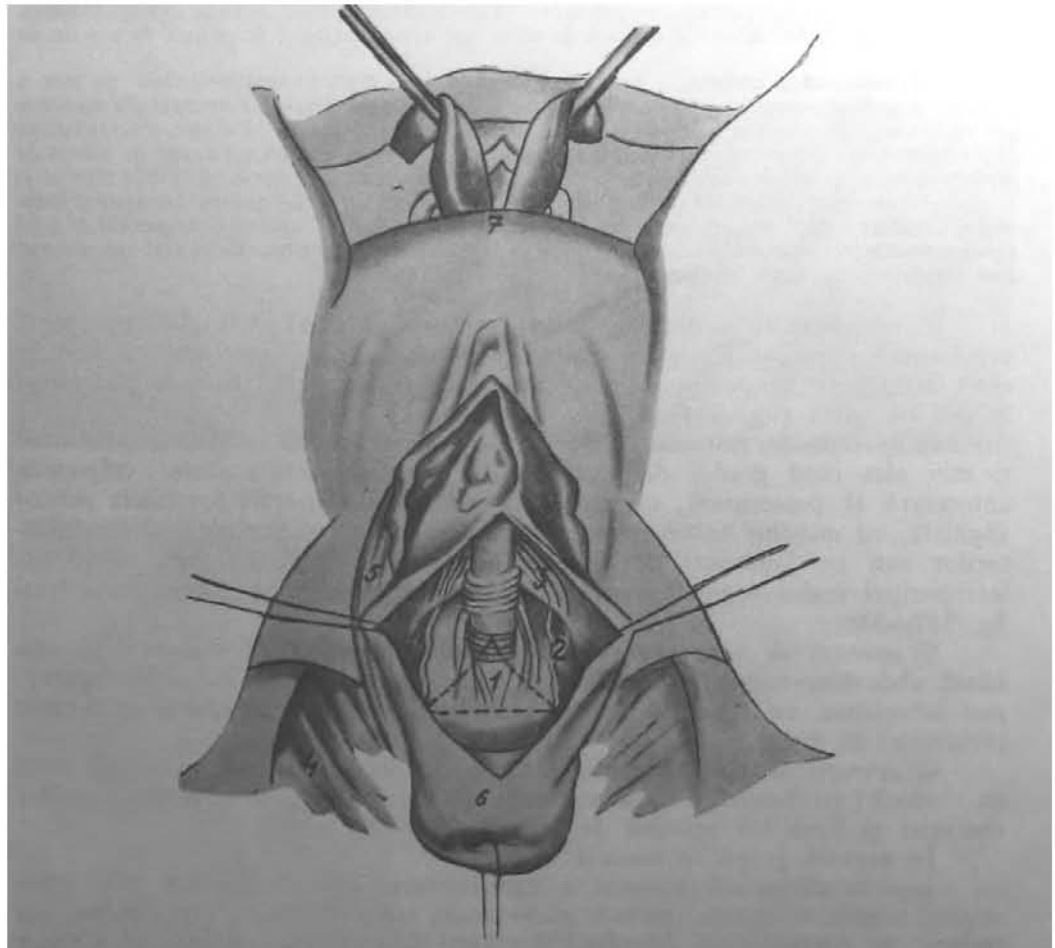


Fig. 494. — Schema (după Martius) a elementelor tisulare şi a posibilităţilor de corectare chirurgicală a incontinenţei de urină :

1 — Trigonul (conturat cu linia punctată) care se poate înfunda în bursă (vezi fig. 484). *2* — Fascia vezico-vaginală care poate fi plicaturată (vezi fig. 485). *3* — Diafragma uro-genitală (participă la autoplastia prin înfundarea în bursă a jonctiunii cistouretrale). *4* — Ridicătorii anali (distanta fibrelor lor, la acest nivel, face ca apropierea lor sub vezică să nu fie operantă decît pentru fasciculele smulse sau izolate cu bună ştiinţă). *5* — Muşchiul bulbo-cavernos (poate fi folosit la autoplastia subvezicală după procedeul Martius). *6* — Uterul prin basculareа căruia, ca în interpoziţia vezico-vaginală, se poate crea un suport solid vezicii. *7* — Aponevroza muşchilor drepţi cu muşchii piramidali: lambourile lor pot servi, trecute sub uretră, la efectuarea metodelor Goebel-Stoekel sau Aldridge.

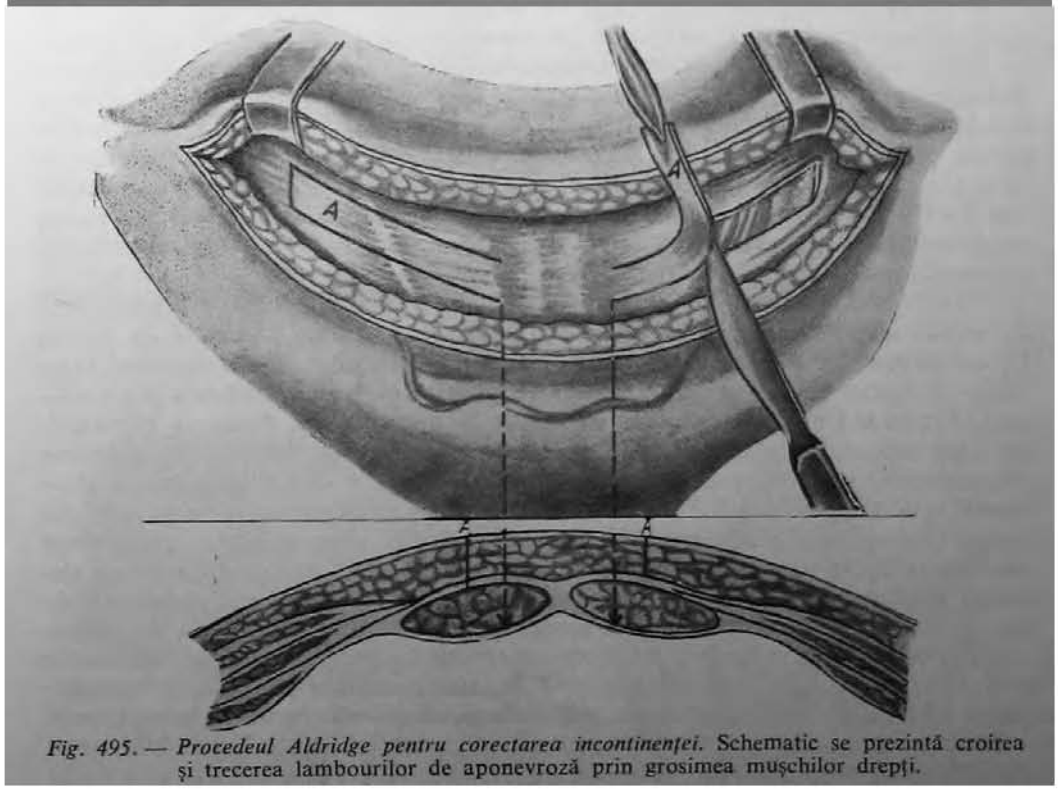


Fig. 495. — Procedeul Aldridge pentru corectarea incontinenţei. Schematic se prezintă croirea şi trecerea lambourilor de aponevroză prin grosimea muşchilor drepţi.

Din categoria plastiilor musculo-aponevrotice am amintit ca nerecomandabile metodele ce încearcă să aducă, înaintea vaginului, fasciculele pubococcigiene ale muşchilor ridicători anali: Franz (1942); Ingelman-Sundberg (1957) foloseşte fascicule din ridicătorii anali, secţionate cel puţin în prealabil.

b) *Din a doua categorie* trebuie amintite, printre operaţiile cele mai însemnate:

— *metoda Goebbel—Stoeckel*\ constînd în plastia cu muşchii piramidali sau cu cîte un lambou din muşchii drepţi abdominali, lambou ce este trecut sub simfiză, de o parte şi de alta, în jurul şi dedesubtul colului vezical şi uretrei;

— *metoda Aldridge* (1952) constînd, de asemenea, în plastia suburetrală, dar cu fîşii prelevate din aponevroza muşchilor oblici abdominali (şi trecute prin muşchii drepţi), printr-o incizie Pfannenstiel.

Metoda Goebbel-Stoeckel utilizează două fascicule de fibre musculare din muşchii drepţi abdominali sau două lambouri din aponevroza ce-i acoperă (de care se lasă să adere muşchii piramidali), ce se trec printre muşchii drepţi sub uretră; în metoda Aldridge, fîşiile de fascie (prelevate transversal din aponevroza muşchilor oblici abdominali) (fig. 495) se trec prin grosimea muşchilor

Goebbel (1910) recomandă folosirea muşchilor piramidali (dar aceştia au dezvoltare variabilă şi slnt foarte scurţi); Stoeckel (1917) ameliorează metoda prelevînd odată cu piramidalii şi cîte un lambou de aponevroză (muşchii piramidali respectivi sînt lăsaţi să adere de lam- bourile de aponevroză) drepţi, cam la 4 cm deasupra pubisului. în acest detaliu constă superioritatea ultimei metode:

— foloseşte pentru plastie numai aponevroza, totdeauna mai rezistentă la condiţiile vitrege ale transplantării;

— nu deplasează fascicule din muşchii drepţi şi îi foloseşte ca organ de control (în momentul cînd presiunea abdominală creşte şi pierderea urinii ar fi iminentă, presiunea chingii aponevrotice este crescută prin contracţia muşchilor drepţi).

Aceste operaţii foarte delicate ca execuţie sînt recomandabile numai în cazul eşecului colporafiei anterioare (sistematic completată, aşa cum s-a descris, de procedeul plicaturii subcervico-uretrale). Ele avînd un timp obligatoriu abdominal, beneficiază de accesul simultan în două echipe. Dar şi aşa, timpul delicat al acestor tehnici rămîne decolarea în spaţiul lui Retzius a conductelor pentru trecerea lambourilor; sîngerarea este posibilă şi hemostaza greu de făcut (ea se face prin tamponare cu comprese îmbibate în soluţie cloruro-sodică izotonică caldă adrenalinată). O ameliorare a acestor metode a fost înlocuirea bandeletelor aponevrotice de către Ch. Moir (1968) cu o panglică sintetică siliconată (mersilen).

Iată cum recomanda Aldridge să se facă operaţia pentru incontinenţa de urină: după decolarea mucoasei vaginale (şi eventual plicatura cu fire în U, de catgut fin, a zonei subcervico-uretrale), odată găsit planul de clivaj între vagin şi fascia vezico-vaginală (nu între aceasta şi vezică, pentru a preveni lezarea vezicii sau uretrei), este uşor de a introduce indexul pe dinapoia pubisului, pînă aproape de inserţia muşchilor drepţi abdominali (fig. 496); printr-o incizie Pfannenstiel, se expune atunci aponevroza muşchilor oblici abdominali şi se disecă din aceasta două fîşii transversale de vreo 6 cm lungime şi 1,5 cm lăţime (lăsîndu-le să adere pe o distanţă de 2 cm de o parte şi de alta a liniei mediane); apoi, o pensă clampă este trecută prin tunelurile latero-vezicale decolate cu degetul şi cu ea, după ce se perforează muşchiul drept abdominal de partea respectivă, se prinde şi se coboară, în plaga vaginală, lamboul de aponevroză decolat (fig. 497 A); manevra se repetă de partea opusă şi lambourile sînt suturate pe linia mediană (fig. 497 B), sub zona cervico-uretrală; se suturează plaga abdominală, apoi cea vaginală (şi, dacă este cazul, se completează operaţia cu o colpoperineorafie posterioară, care să susţină mai bine noua situaţie anatomică creată).

c) *Din a treia categorie de intervenţii* ce-şi propun să ridice şi să menţină colul vezical, fac parte:

—- uretro-cistopexiile indirecte (ce ridică joncţiunea cisto-uretrală cu ajutorul vaginului sau uterului), ca şi prin suspendarea cu alte ţesuturi;

— cervicocistopexia Perrin-Leger (suspendarea feţei anterioare a colului şi a părţii inferioare a vezicii la peretele abdominal prin fire neresorabile) (fig. 498)j

— uretro-cistopexiile directe: cervico-cistopexia Figurnov pe cale vaginală (vezi fig. 503), uretro-cistopexiile Pereyra (1959) şi Dan Alessandrescu (vezi fig- 504);

— metodele de cervico-cistopexie, folosind plastii aponevrotice (Michon) sau cu tendon de viţel (Delinotte), aceste operaţii executate mai mult de urologi, decît de ginecologi şi în plus cam de domeniul trecutului, de clnd s-a dovedit inocuitatea perfectă a unor materiale sintetice.

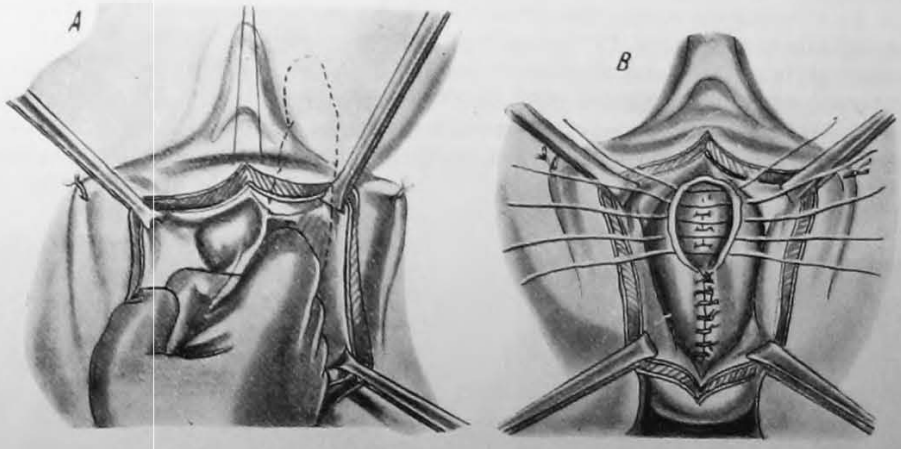


Fig. 496. — Procedeul Aldridge pentru corectarea incontinenței :

A — După disecția fasciei vezico-vaginale (vezi fig. 63) se introduce degetul (în imagine de partea stîngă) pînă înapoia simfizei. *B* — Sutura fasciei vezico-vaginale după ce jonctiunea cistouretrală a fost înfundată în bursă sau plicaturată cu o serie de fire în U.

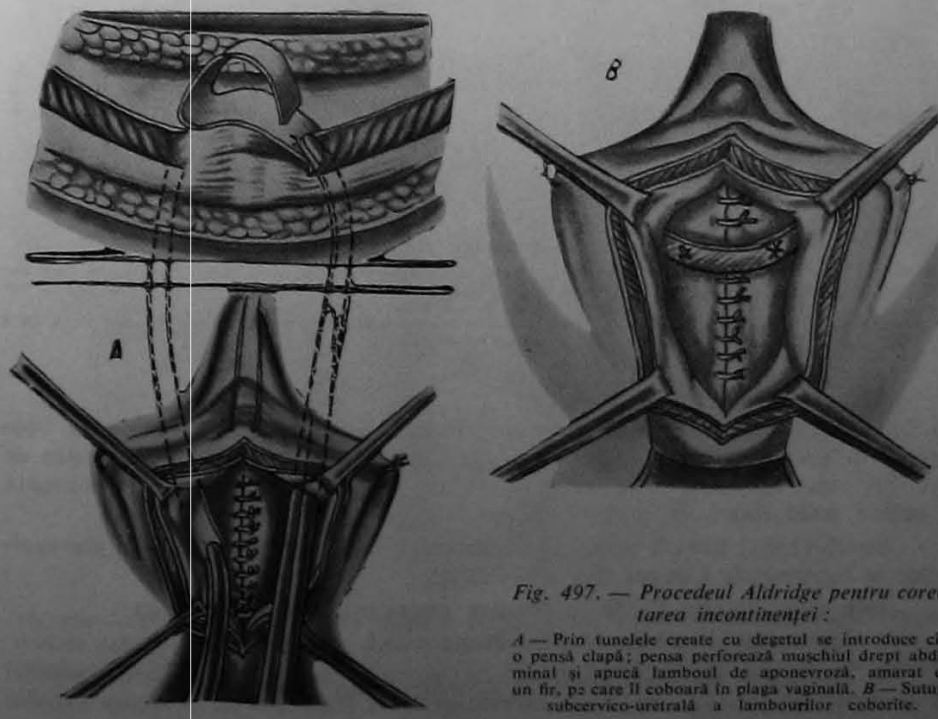


Fig. 497. — Procedeul Aldridge pentru corectarea incontinenței :

A — Prin tunelele create cu degetul se introduce cîte o pensă clapă; pensa perforează mușchiul drept abdominal și apucă lamboul de aponevroză, amarat cu un fir, pe care îl coboară în plaga vaginală. *B* — Sutura subcervico-uretrală a lambourilor coborîte.

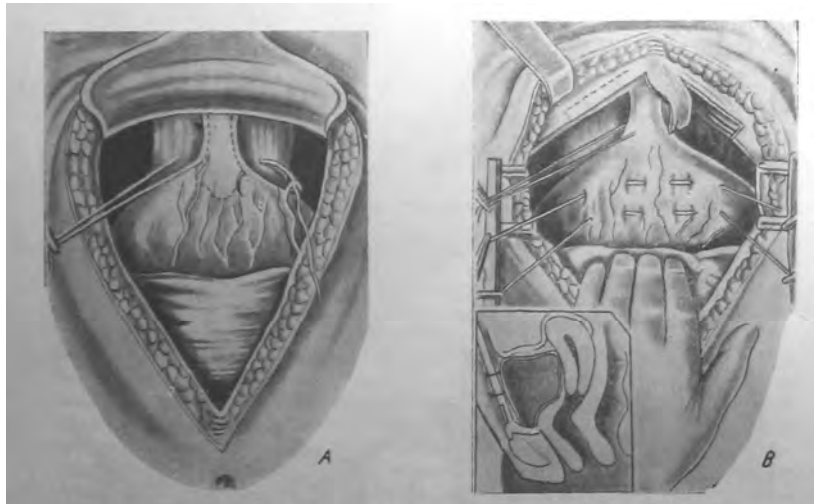


Fig. 498. — Procedeul Perrin-Leger :
A — Tehnica inițială Perrin: incizie mediană subombilicală, s-a refulat peritoneal și s-a disecat colul vezical, care este acum fixat cu două fire neresorbabile la inserțiile pubiene ale mușchilor drepți (apoi se fixează și vezica cu două fire înșirate ca în fig. B). *B* — *Tehnica Perrin-Leger*.
Colul vezical nu este fixat direct la perete, ci suspendat prin intermediul unor mici lambouri de aponevroză (lung de cîte 3 cm și lat de cîte 1 cm).

d) *Operaţii de tip uretro-cistopexie.* Dintre uretro-cistopexiile indirecte mai larg utilizate sînt tehnica Perrin-Leger şi cea a lui Burch pe cale abdominală, precum şi tehnica Marshall-Marchetti-Krantz pe cale vaginală. Pentru calea combinată abdomino-vaginală vezi procedeul piramidalopexia extraperitoneală.

Perrin (1944) a propus cervico-cistopexia pe cale abdominală, suturînd faţa anterioară a colului vezical şi a părţii inferioare a vezicii, extraperitoneal, cu fire neresorbabile la teaca drepţilor; îmbunătăţirea adusă de Leger în 1946 constă in suspensia vaginală retropubiană cu două lambouri aponevrotice de cîte 3/1 cm decupate din teaca drepţilor (vezi fig. 498) iar faţa anterioară a vezicii solidarizată la drepţii abdominali.

Burch (1961) fixează pe cale abdominală fundurile de sac laterale ale vaginului la ligamentele Cooper (fig. 499—502).

Iată cum descrie P. Sîrbu tehnica operatorie John C. Burch:

1. Incizie puboombilicală sau PfannenstieL

Decolarea spaţiului Retzius cu degetul sau cu compresă, punînd în evidenţă, în profunzime, zona cervico-uretrală (marcată de prezenţa capului

2 Se introduc 1—2 degete ale mîinii stîngi în vagin şi se ridică peretele anterior al acestuia, expunîndu-1 disecţiei. Această manevră este repetată de mai multe ori în timpul operaţiei, schimbînd de fiecare dată mănuşa.

3. Disecţia peretelui vaginal se efectuează la 1—1 1/2 cm, în afara zonei cervico-uretrale, de o parte şi de alta, ghidîndu-ne tot timpul cu degetul introdus în vagin (fig. 499).

Fig. 499. — Procedeul J. C. Burch (după P. Sîrbu). După incizia subombilicală sau Pfannenstiel, se decolează spațiul Retzius, pînă se evidențiază zona cervico-uretrală (unde se palpează capul sondei Pezzer prealabil introdusă în vezică). Cu 1—2 degete ale mîinii stîngi introduse în vagin se ridică peretele anterior al acestuia expunîndu-l disecției.

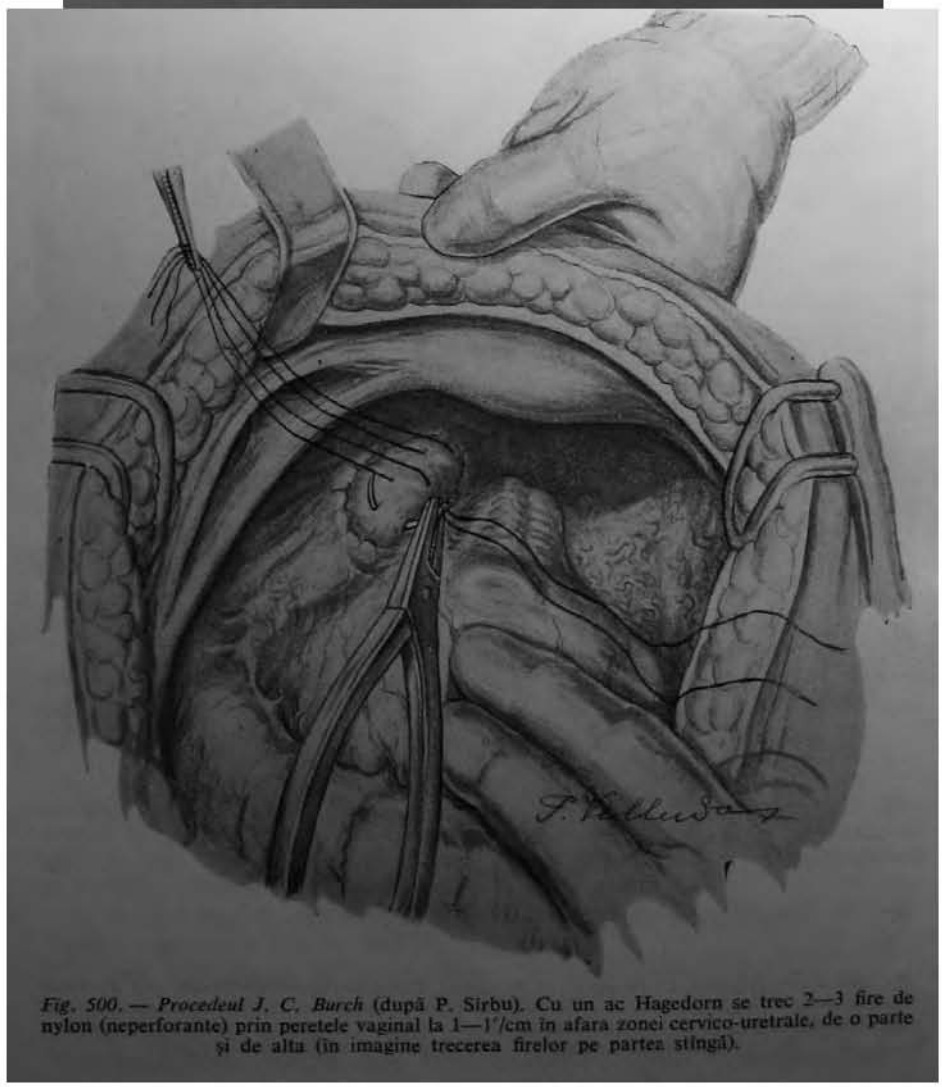


Fig. 500. — Procedeul J. C. Burch (după P. Sîrbu). Cu un ac Hagedorn se trec 2—3 fire de nylon (neperforante) prin peretele vaginal la 1—1,5 cm în afara zonei cervico-uretrale, de o parte și de alta (în imagine trecerea firelor pe partea stîngă).

Manevra care constituie de altfel originalitatea procedeului permite ca punerea în evidenţă a peretelui vaginal să se realizeze fără hemoragie (peretele vaginal este recunoscut după culoarea albă-sidefie a fasciei peri- vaginale).

5. Cu un ac curb Hagedorn se trec două-trei fire de nylon neperforante prin peretele vaginal, de o parte şi de alta a zonei cervico-uretrale (fig. 500).

6. Cu acelaşi ac sau cu un Reverdin se trec firele şi prin ligamentele Cooper şi se înnoadă (un rol important revenind din nou degetului din vagin care apropie de fiecare parte peretele vaginal de eminenţa ilio-pectinee)(fig. 501)

7. După ce s-au înnodat firele, se verifică spaţiul retro-simfizar, cu coada pensei anatomice (fig. 502); acesta rămîne suficient de larg dacă firele aplicate pe peretele vaginal sînt plasate la minimum 1 cm în afara liniei mediane (altfel suspensia vaginului poate comprima uretra sub marginea simfizei pubiene şi produce retenţie de urină postoperatorie).

8. Se închide peretele abdominal, lăsînd după circumstanţe un tub de dren (pentru 24—48 ore) în spaţiul Retzius.

9. Se practică apoi o colpoperineorafie posterioară şi se asigură drenajul vezicii cu o sondă Pezzer sau Foley, pentru 7 zile.

Ambele metode au servitutea că, neabordînd pe cale vaginală descensul joncţiunii cisto-uretrale, nu pot corecta în suficientă măsură dezordinile anatomice în cauză (cistouretrocelul, alunecarea vezicii pe istm şi col, refacerea lungimii normale a vaginului, precum şi reconstituirea nucleului central al perineului), iar efectuate odată sau după abordarea şi pe cale vaginală, lungesc fi fac mai greu de suportat operaţiile pentru această afecţiune benignă.

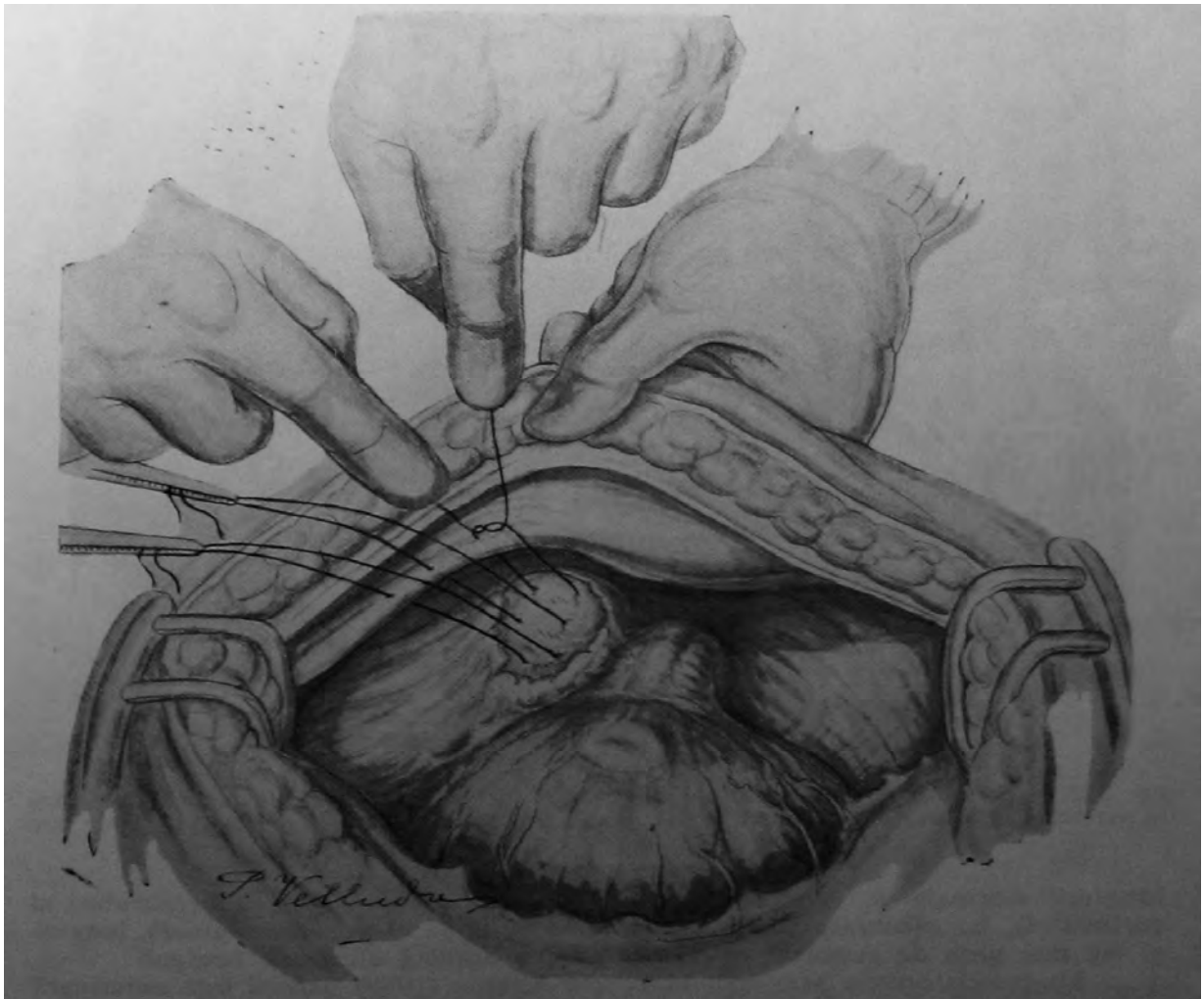
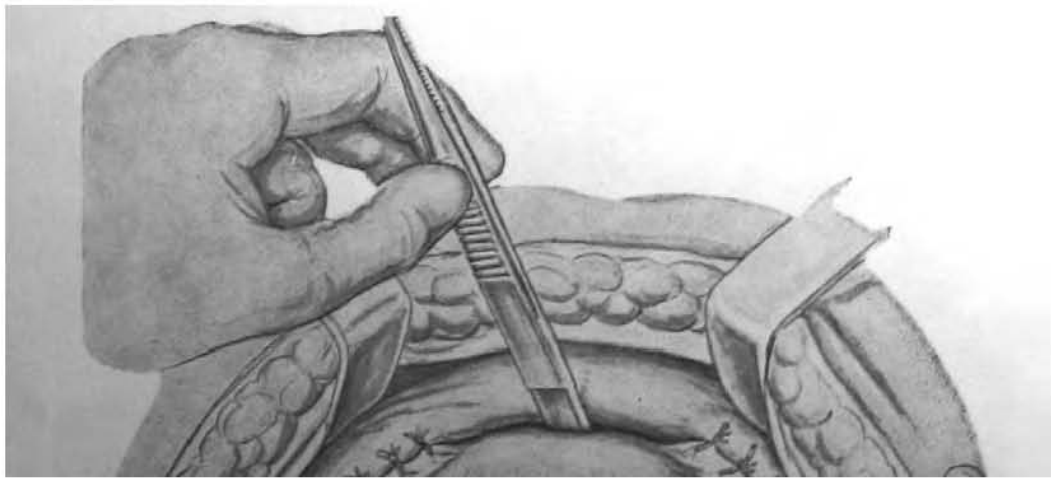


Fig. 501. — Procedeul J. C. Burch (după P. Sîrbu). Aceleaşi fire se trec apoi prin ligamentul Cooper homolateral şi se înnoadă (cu ajutorul degetului din vagin care apropie de fiecare parte peretele vaginal de eminenţa ilio-pectinee).



Uretro-cistopcxia Marshall-Marchetti-Krantz (1949) fixează faţa anterioară I vaginului la simfiza pubiană; intervenţia este relativ dificilă, comportlnd deschiderea spaţiului Retzius (generatoare, cum s-a mai spus, de hemoragii fl infecţii) şi fixarea 1a cartilajul simfizar, care nu este solidă, determină uneori osteite trenante, iar procesul de scleroză ce poate cuprinde şi fixa uretra posterioară face, în caz de recidivă, reintervenţiile şi mai dificile.

Dintre uretro-cistopexiile directe în afara procedeului Figurnov (vezi fig. 503) mai sînt de recomandat:

Operaţia preconizată de Pereyra (1959) executînd suspensia uretro-vezicală cu un trocar cudat, special, prin care se introduce un stilet ce are la extremitatea inferioară un orificiu (prin acesta se poate trece firul neresorbabil de suspensie); printr-o mică incizie, de 1 cm, efectuată deasupra simfizei se introduce canula retro-simfizar pînă în plaga vaginală.

în fine, tehnica preconizată de Dan Alessandrescu (fig. 504) şi care constă din:

1.Incizia peretelui vaginal anterior tip Crossen şi decolarea cu foarfeca boantă a peretelui vaginal anterior (de Ia 2 cm deasupra orificiului extern al colului la 1—1 1/2 cm de meat).

2.Decolarea vezicii de lambourile vaginale, de colul şi istmul uterin (cu determinarea gradului de ptoză vezicală, reperarea joncţiunii cisto-uretrale, a lungimii şi calibrului uretrei).

3.Realizarea prin decolare digitală (cu indexul) a două tunele paraure- trale, strict retro-simfizare, pînă la nivelul peretelui abdominal anterior (fig. 504 A).

4.Corectarea eventuală a tulburării de statică vezicală prin plicaturare, precum şi a patologiei uretrale (dacă a fost depistată prin uretro-cistografie), mai ales plicaturarea suburetrală în caz de dilatare, prin puncte Kelly.

5.Incizie transversală de 3—4 cm. a tegumentului, la două laturi de deget deasupra marginii superioare a simfizei (pînă la aponevroză).

6.Ancorarea de o parte şi de alta a joncţiunii cisto-uretrale (cu ac de curbură mică şi fire de nylon de cca. 40 cm) (fig. 504 B).

7.Firele, odată însăilată joncţiunea cisto-uretrală, sînt trecute cu o pensă curbă în plaga suprasimfizară (fig. 504 C).

8.Solidarizarea ambelor capete ale fiecărui fir la aponevroză. Este foarte important ca nivelul corect de ridicare a joncţiunii să fie controlat, prin gradul de tensiune exercitat asupra firelor în momentul înnodării lor (şi prin pal pa rea joncţiunii ridicate pînă la mijlocul feţei posterioare a simfizei).

9.Sutura plăgii suprasimfizare (drenarea declivă a spaţiilor create o efectuează însăşi firele suspensoare).

10. Sutura peretelui vaginal anterior, după plicaturarea sub-vezicală a fasciei vezico-vaginale.

11. Colpoperineorafia posterioară cu miorafia ridicătorilor anali.

12. Se lasă o sondă pentru 5 zile în vezică (de tipul Foley sau Pezzer).

Metoda are unele avantaje şi anume:

— operaţia se execută pe cale vaginală, ceea ce permite izolarea vezicii şi mai ales a joncţiunii cisto-uretrale şi repunerea organelor pelviene în rapoartele lor anatomice; calea vaginală permite să se corijeze eficient şi alte dezordini anatomice frecvent asociate (alungire de col, descens uterin etc.) şi mai ales să fie completată de o colpoperineorafie posterioară;

-— crearea celor două tunele retro-simfizare rezolvă şi eventualele aderenţe pubo-uretro-vezicale (în afara celor cu vaginul şi uterul) care ar putea tulbura mecanismul contenţiei prin împiedicarea basculării în jos şi înapoi a joncţiunii, deplasare normală şi necesară în timpul micţiunii;

— plasarea firelor de suspensie chiar la nivelul joncţiunii, la egală distanţă între planurile ventral şi dorsal, fixarea firelor suspensoare aproape la inserţiile aponevrozei muşchilor drepţi (regiune de mare rezistenţă şi negeneratoare de complicaţii ca periostul simfizar);

— — suspensia realizată este solidă şi eficientă; în caz de recidivă, rămîne posibilă efectuarea unei uretro-cistopexii pe cale abdominală (lucru foarte dificil, dacă nu imposibil, după o uretro-cistopexie indirectă tip Marshall-Mar- chetti-Krantz).

TRATAMENTE ŞI ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICAŢII

După o perineorafie, operata nu trebuie ţinută mai mult de 48 de ore culcată în pat. Pentru unele operaţii citate aici se va păstra în vezică, după operaţie, o sondă Pezzer sau Foley timp de 5—6 zile şi se vor căuta artificii ca vezica să nu se infecteze în acest timp din afară (drenaj cu un prelungitor steril, zilnic schimbat, în vas închis, sau într-o pungă de plastic anume concepută). Pentru majoritatea operaţiilor însă, este suficient ca operata să fie sondată în seara operaţiei şi a doua zi dimineaţa (cînd după scurgerea urinii se introduc pe cateter în vezică două fiole de hidrocortizon). Apoi operata este lăsată să urineze spontan, dacă poate, avînd însă grijă de a instrui personalul auxiliar să refacă sondajul din 6 în 6 ore, precum şi toaleta plăgii vaginale şi cea perineală, după ce operata are scaun sau urinează.

Firele de setolină sau nylon de la tegumente se scot la 4—5 zile; cînd s-au pus fire neresorbabile şi pe mucoasa vaginală, acestea se scot la 14—15 zile.

Edemul sau infiltraţia plăgii operatorii trebuie surprinse cît mai precoce; în această situaţie sînt indicate una-două şedinţe de rontgenterapie antiinflama- torie şi prelevarea din timp a scurgerilor din plagă sau vagin pentru culturi şi antibiogramă.

Apariţia unui hematom trebuie să mărească grijile de asepsie şi anti- sepsie a plăgii operatorii şi indică folosirea profilactică a chimioterapiei anti- microbiene.

Chimioterapia antimicrobiană electivă mai este indicată (în continuare cînd a fost începută profilactic preoperator) în cazul rupturilor complete; de asemenea, cînd s-au produs leziuni accidentale ale rectului.

REZULTATE

Rezultatele colpo-perineorafiilor sînt totdeauna satisfăcătoare cînd s-au respectat principiile pe care se sprijină aceste intervenţii, cînd pregătirea preoperatorie şi îngrijirea postoperatorie au fost judicioase şi cînd tehnica operatorie a fost ireproşabilă.

Rezultatul operaţiilor la femeia tînără este cu atît mai bun, cu cît împacă mai bine două scopuri antagoniste: împiedicarea în viitorul mai mult sau mai puţin apropiat a recidivei prolapsului şi nestingherirea copulaţiei. în legătură cu aceasta, semnalăm din nou importanţa estetică şi funcţională a refacerii planului perineal superficial, care deşi neindividualizat, joacă un rol de întărire şi dedublare, iar prin refacerea fosei naviculare previne dispareunia (altfel se crează un pinten în locul unui plan înclinat, iar comisura este inextensibilă şi dureroasă).

6. FISTULELE GENITALE

Prin definiţie fistula presupune, în genere, un traiect între două cavităţi sau între o cavitate şi exterior; în mod deosebit, cele mai multe fistule genitale sînt lipsite de traiect fistulos: ele constau în coalescenţa pereţilor a două organe cavitare, în jurul unei soluţii de continuitate, mai mică sau mai mare, după întindere, cauza pierderii de substanţă şi sediul ei.

Fistulele, pe lîngă infirmitatea ce o produc prin pierderea fără control a urinii sau materiilor fecale, modifică şi aspectul tractului genital feminin; după sediul lor, ele sînt fie vezico-uterine, fie vezico-vaginale (cele mai frecvente) fie uretro-vaginale, fie, în sfîrşit, recto-vaginale (fig. 505).

Unele fistule genitale, cum sînt cele menstruale, spontane sau postoperatorii (deschise la tegumente sau în vagin), cele entero-vaginale (cu totul excepţionale) nu reclamă operaţii plastice şi reparatoare, ci de exereză; ele nu-şi găsesc deci locul aici. De asemenea, fistulele uretro-vaginale, aproape exclusiv accidentale (recunoscute sau nu ca atare în cursul operaţiilor ginecologice), ca şi fistulele cervico-vaginale (laqueare), sînt descrise în alte părţi.

In etiopatogenia fistulelor genitale, care crează condiţii şi impune atitudini terapeutice deosebite, cauzele cele mai frecvent întîlnite sînt obstetricale, fizio- terapice şi chirurgicale (cu totul excepţional cele traumatice, accidentale).

BAZELE MORFO-FUNCŢIONALE

Aspectul leziunilor constatate este în funcţie de factorii etiopatogenici, de sediul şi întinderea fistulei, precum şi de reacţia ţesuturilor vecine. Varietatea leziunilor este extrem de mare, totuşi:

— în ce priveşte cauza lor, se poate spune că fistulele postfizioterapice şi obstetricale[28] se însoţesc de distrugeri însemnate, calozităţi şi infiltraţii ale ţesuturilor vecine (mai mult sau mai puţin trecătoare în etiologia obstetricală), pe cînd în cele chirurgicale aceste leziuni sînt puţin marcate;

— în ce priveşte sediul, fistulele vezico-uterine se însoţesc de deformarea sau distrugerea buzei anterioare a colului uterin, cele vezico-vaginale de infla- maţie cronică vaginală, ajungînd cu timpul la hipertrofie, formare de bride sau scleroză, în timp ce vezica îşi pierde capacitatea prin retracţie şi cistită; toate leziunile sînt mai discrete şi mai lipsite de gravitate şi nu se pune nici problema infecţiei ascendente ca la fistulele urinare, în cazul fistulelor stercorale şi lipsesc cu desăvîrşire în fistulele uretro-vaginale, cînd dispozitivul sfincterian nu este atins.

Pentru a pune indicaţia terapeutică trebuie studiate condiţiile locale: starea vaginului (supleţea şi profunzimea lui), starea ţesuturilor vecine (mobilitate sau fixitate, calozităţi, incrustaţii cu săruri urinare etc.), starea uretrei (în cazul fistulelor vezicale, cînd poate fi intactă, dezinserată sau chiar dispărută), în sfîrşit trebuie făcut un studiu topografic al fistulei pe rezervorul lezat (în cazul vezicii prin cistoscopie).

In mod deosebit, fistulele vezicale apar sub o serie de aspecte care au indicaţii diferite; astfel se pot întîlni:

— fistule pure (departe de cele trei orificii vezicale);

— fistule juxtaorificiale (cervicale sau ureterale);

— fistule indirecte (vezico-utero-vaginale);

— fistule cu pierderi însemnate de substanţă (din colul vezical, din trigon) ;

[28] V. Dobrovici, din SO de fistule vezico-vaginale de natură obstetricală, a găsit în etiologia lor în 46 de cazuri compresiunea urmată de escară (ceea ce le apropie de mecanismul observat în fistulele fizioterapice) şi numai în 4 cazuri secţiuni făcute în cursul intervenţiilor obstetricale (deci condiţii de producere similară fistulelor chirurgicale).

III fistule complexe (asociate: uretro-vezico-vaginale, recto- şi vezico- vaginale, sau cu alte afecţiuni).

Aceste aspecte impun In cazul fistulelor vezico-vaginale completarea explorării prin urografie (indicată pentru a cunoaşte şi starea rinichilor) ca şi prin urocultură urmată de antibiogramă (pentru a preveni şi combate infecţiile odată instalate).

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

Dacă urmările actului obstetrical, fizioterapie sau chirurgical, care explică prezenţa fistulelor, explică şi unele eşecuri în tratamentul lor (cel puţin în privinţa fistulelor urinare), nu mai puţin grave sînt sechelele tentativelor infructuoase de a închide aceste soluţii de continuitate; pe măsură ce numărul eşecurilor succesive creşte, posibilităţile chirurgicale de a închide fistula scad.

De aici un prim principiu: tentativa operatorie trebuie făcută numai după ce explorarea completă a precizat în detaliu toate aspectele leziunilor şi s-au examinat cu deplină obiectivitate resursele chirurgicale.

Obiectivul principal al tratamentului unor fistule este închiderea orificiilor (şi suprimarea traiectului fistulos, cînd acesta există). Pentru ca atingerea obiectivului să fie posibilă şi suficientă trebuie ca:

— vitalitatea ţesuturilor să nu fie alterată (ca în fistulele secundare iradierilor) ;

— operaţia să se facă sub o lumină suficientă;

— după avivarea orificiului să se facă o bună dedublare a organelor ce comunică, şi, pe cît posibil, să se interpună între suturile lor cît mai mult ţesut sănătos (eventual plastie cu grăsime, interpoziţia uterului etc.);

— să se afronteze corect suprafeţele avivate, evitînd însă punerea lor în tensiune, şi să se efectueze suturi ermetice, mai ales a orificiului situat pe rezervorul lezat.

Pentru repararea fistulelor vezico-vaginale, ca atingerea obiectivului să fie posibilă şi eficientă, se mai pun principial două condiţii speciale şi anume:

— cele trei orificii vezicale să nu fie interesate;

— după operaţie să se dreneze bine urina (drenaj hipogastric cu tub Redon sau sondă permanentă Foley sau Pezzer, timp de 11—14 zile, iar în zilele următoare suprimării sondei să se cateterizeze vezica regulat la 6 ore).

Se înţelege, deci, că în ce priveşte fistulele vezico-vaginale, închiderea lor prin avivare, dedublare şi sutură poate fi în unele ocazii posibilă, însă insuficientă; astfel, cînd:

— dispozitivul sfincterian este interesat, uretra a fost dezinserată sau lipseşte în parte;

— pierderea de substanţă este juxtaureterală.

într-adevăr, dacă dispozitivul sfincterian a fost lezat, calitatea vindecării este îndoielnică, chiar dacă s-a obţinut închiderea fistulei (persistă incontinenţa transuretrală). De aici, necesitatea de a asocia suturii defectului, fie plicatura sub cervico-uretrală a fasciei, fie o angulaţie cervico-uretrală, prin cervico-cisto- pexie, directă sau indirectă. Autografele şi plastiile musculo-aponevrotice reprezintă, în aceste cazuri, metoda de elecţie, cînd operaţia se face pentru prima oară şi ţesuturile sînt suple; cînd fistula este înconjurată de calozităţi, inerente operaţiilor iterative rămase infructuoase, este mai bine să se renunţe la angulaţie sau tracţiuni, iar grefele prezintă în plus riscul ischemiei în aceste ţesuturi cu vascularizaţia adesea compromisă.

în alte ocazii ce nu sînt totdeauna previzibile, obiectivul se arată imposibil de atins prin metoda avivării-dedublării şi suturii: fistula este fixă, pierderea de substanţă întinsă, ţesuturile învecinate sînt scleroase, prost vascularizate şi vitalitatea lor compromisă (după multiple tentative chirurgicale de închidere sau după radio-necroză). Resursele chirurgicale clasice se limitau în aceste situaţii la două metode ce nu pot fi socotite ca o rezolvare satisfăcătoare, necum fericită, comportînd ambele dezavantaje serioase: implantarea uretero-colică (care expune inevitabil la infecţie ascendentă) şi colpocleizis-ul parţial (operaţile antianatomică şi antifiziologică, care pe lîngă alte dezavantaje expune la infectarea urinii şi formarea de calculi fosfatici în diverticulul artificial creat, care nu se drenează).

O ultimă soluţie, după Couvelaire, este să se completeze fistula prin secţiunea uretrei (vezica separată de uretră fiind mai uşor de închis ermetic, sub drenaj hipogastric), urmînd a face apoi neosfincterizarea secundară şi neoim- plantarea uretrei sau a unei plastii de uretră (procedeul Marion).

Dezinserţia traumatică a uretrei crează situaţii similare.

Pierderea de substanţă care lasă vezica şi fără sistem de control (colul) şi fără vector al urinii (uretra) pune în principiu problema liberării soluţiei de continuitate în doi timpi: se face mai întîi mobilizarea buzei anterioare a breşei pe cale retro-pubiană (după executarea unei cistostomii), apoi mobilizarea buzei posterioare a breşei pe cale vaginală. Marion a arătat că crearea unei neouretre cu un lambou din peretele anterior vaginal este cel mai des posibilă şi dă un canal mucos şi suplu, ca şi uretra normală; este suficientă apoi trocardizarea vezicii.

Situaţia juxtaureterală a fistulei complică totdeauna operaţia, ridicînd două temeri:

— lipsa «stofei» pentru închiderea fistulei;

— ocluzia ureterului intramural.

Alegerea celei mai bune tactici se face pe criterii urografice: cînd uro- grafia este normală se cateterizează ureterul, care este descoperit în şanţul sub- vezical şi înfundat în vezică (ca o sondă Nelaton în intestin, după metoda Witzel); cînd ureterul este dilatat, aton sau stenozat, se începe operaţia pe cale înaltă (se caută conductul ureteral la strîmtoarea superioară, se urmăreşte şi se reimplantează în calota vezicală); apoi, după ce nu mai avem grija lui, se foloseşte larg «stofa» vezicală, la cornul corespunzător al trigonului, mai clar expus pe cale vaginală.

La noi în ţară au mai fost introduse în practică unele metode ce merită o atenţie deosebită:

— ocluzia orificiului vezical cu un dop de placentă conservată (metodă foarte simplă, dar care din păcate nu prea este decisivă);

— procedeul de plastie epiploică preconizat de Chiricuţă;

— autotransplantarea ileală pediculată, studiată experimental şi propusă de Ghiţescu şi Nicolescu;

— homotransplantele de fragmente vezicale conservate (T. Ghiţescu).

INDICAŢII

Prezenţa fistulelor este o indicaţie operatorie incontestabilă; necesitatea intervenţiei nu mai are nevoie de a fi subliniată, în prezenţa veritabilei infirmităţi pe care o prezintă aceste bolnave.

Bineînţeles, ne referim la fistulele autentice, constituite, şi nu la unele fistule, ce apar curînd după o intervenţie ginecologică sau obstetricală, în cursul căreia rănirea vezicii n-a fost remarcată sau sutura imediată s-a dezunit I acestea se vindecă spontan prin îngrijiri adecvate. Dacă vindecarea lor nu s-a produs

însă în 6—8 săptămîni, se poate considera fistula drept constituită şi continuarea tratamentului medical devine inutilă.

Problema este: cînd trebuie să se pună indicaţia operatorie? In fistulele post-partum se poate opera de la 6—8 săptămîni după apariţia fistulei, cînd uterul şi-a terminat involuţia, buzele plăgii sînt bine vascularizate şi rezistente; în fistulele postoperatorii trebuie aşteptat însă mai mult, iar în fistulele prin radionecroză, şi mai mult, ca ţesuturile să se revascularizeze, scleroza să se limiteze, infiltraţiile să dispară.

S-a arătat că, pentru unele fistule cel puţin (cele vezico-vaginale în speţă) diverse situaţii morfo-funcţionale pun în principiu indicaţii operatorii particulare, creînd şi condiţii deosebit de grele pentru obţinerea vindecării.

CONTRAINDICAŢII

Contraindicaţiile sînt mai ales temporare, în funcţie de evoluţia leziunilor (în săptămînile ce urmează naşterea, în lunile ce urmează operaţia în timpul căreia s-a produs leziunea sau radionecroza), de fenomenele asociate (cistită, colpită, pararectită) sau de starea generală a bolnavei; vîrsta bolnavei nu prezintă o contraindicaţie, dar starea cordului, prezenţa unui diabet etc. impun o corectare preoperatorie. Chiar infectarea urinelor (urocultura preoperatorie este absolut obligatorie) reprezintă o contraindicaţie temporară.

CONDIŢII DE EFECTUARE

S-a arătat că o primă condiţie (şi în acelaşi timp un principiu, fiindcă cu cît se înmulţesc tentativele operatorii, cu atît şansele de reuşită scad) este ca intervenţia să fie sub toate aspectele posibilă şi suficientă; evident că pentru această condiţie, explorarea perfectă a cazului este indispensabilă (nu numai în ce priveşte sediul şi întinderea soluţiei de continuitate, dar şi a leziunilor asociate).

De asemenea, s-a arătat că principiul, condiţiile locale pun indicaţia tehnicii de ales. In general, şi în cazul fistulelor genitale se preferă pentru operaţie primele zile ce urmează unei menstruaţii.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Aceasta trebuie să tindă la obţinerea unor ţesuturi propice actului operator: în cazul în care ţesuturile sînt infiltrate, inflamate sau scleroase, atone sau devitalizate, sînt de încercat tratamentele locale antifiogistice şi hormonale (ovule de tipul preparatului ovestrol), împreună cu chimio- şi antibioterapia generală cît mai adecvată (pre-, intra- şi post-operator). în fistulele urinare, mult timp neglijate, se mai poate pune problema dilatării sau debridării vaginului, ca şi a dilatării uretrei retractate.

Urina trebuie acidificată şi menţinută acidă prin administrare de acid fosforic (50—100 picături pe zi, sau sub formă de limonadă fosforică). *La* femeia în menopauză este bine să se administreze şi parenteral estrogeni, de preferinţă preparate fără efecte pe uter (ca cele de oestriol).

TEHNICI OPERATORII

Fistulele vezico-vaginale. Cînd sutura orificiilor după avivare şi dedublare pare posibilă şi suficientă, calea de acces cea mai recomandabilă este calea vaginală[1] pentru că:

—permite expunerea mai bună a leziunii;

—este mai puţin traumatizantă şi primejdioasă;

— evoluţia postoperatorie este mai simplă, mai lipsită de complicaţii.

Soluţia de continuitate este expusă folosind o valvă posterioară lată, dar

scurtă, şi exercitînd cu o pensă tracţiuni pe colul uterin (sau cu fire tractor pe ţesuturile perifistuloase, dacă fistula s-a produs după o histerectomie totală).

Coborîrea şi expunerea fistulei mai poate fi ajutată cu un cateter metalic introdus prin uretră sau, cum recomandau Forgue şi Massabuau chiar prin introducerea de către operator a indexului mîinii stîngi, după dilataţia uretrei.

Primul timp al operaţiei este avivarea; ea se face cu un bisturiu fin şi ascuţit, care se înfige pieziş, ca să ia cîţiva milimetri din marginea de mucoasă vaginală a fistulei şi, pe cît posibil, deloc din mucoasa vezicală, care, pe de o parte, trebuie economisită, iar pe de alta, sîngerează mai mult (şi sutura ne- prinzînd mucoasa vezicală nu asigură hemostază). Bisturiul este condus apoi astfel ca să aviveze orificiul de jur împrejur, creînd, după orientarea diametrului mare al fistulei, două lambouri sagitale, oblice sau transversale (fig. 506). Avivarea se mai poate face, mai ales cînd pierderea de substanţă vezicală este însemnată, sub forma exciziei unui guleraş de mucoasă vaginală în jurul orificiului fistulos; aceasta, răsfrîntă apoi ca în fig. 508, după dedublare, va servi pentru sutura vezicii (al cărei perete ar fi altfel pus într-o tensiune excesivă).

Al doilea timp este dedublarea: lambourile de mucoasă vaginală sînt decolate ca la colporafia anterioară.

Sutura vezicii se face cu fire separate; important este ca firele să nu fie perforante (fig. 506 B). Dacă dedublarea s-a făcut suficient de larg, se poate apoi înfunda în bursă zona suturii, sau se pune un al doilea strat de fire în U, ca la plicatura subcervico-uretrală din timpul colporafiei anterioare.

Ultimul timp, sutura vaginului (fig. 507), trebuie precedat, cînd mucoasa se află în tensiune, de incizii liberatoare la distanţă.

Aceste incizii se fac la distanţă de zona infiltrată şi scleroasă, ce înconjură fistula, ca decolarea mucoasei vaginale să fie uşoară; li se dă în genere formă de V, cu unghiul deschis către zona în care vrem să mobilizăm mucoasa (şi după această mobilizare plaga se suturează în formă de Y).

| Căile de acces transperitoneale, trans vezica le sau transperitoneovezicale nu dau o lumină mai bună; ele erau altă dată indicate, fiindcă metodele de explorare a sediului şi întinderii fistulei nu puteau asigura că soluţia de continuitate este la suficientă distanţă de orificiile ureterale. în plus, Couvelaire crede că, operînd prin vezică, suprafeţele afrontate mai bine sînt cele vaginale, pe cînd operînd prin vagin se afrontează mai bine suprafeţele vezicale (ori tocmai această sutură este bine să fie ermetică; ocluzia orificiului vaginal poate cel mult să favorizeze producerea unui hematom intercalat, care poate compromite ambele suturi). Dobrovici aduce argumentul că nerămînînd suturi In vezică (cind se operează pe cale vaginală nu se pun pe vezică fire perforante), nu se vor forma calculi In jurul acestor fire, ca atunci cind se operează pe cale transvezicală.

TEHNICI OPERATORII

Fistulele vezico-vaginale. Cînd sutura orificiilor după avivare şi dedublare pare posibilă şi suficientă, calea de acces cea mai recomandabilă este calea vaginală[1] pentru că:

— permite expunerea mai bună a leziunii;

— este mai puţin traumatizantă şi primejdioasă;

|—evoluţia postoperatorie este mai simplă, mai lipsită de complicaţii.

Soluţia de continuitate este expusă folosind o valvă posterioară lată, dar scurtă, şi exercitînd cu o pensă tracţiuni pe colul uterin (sau cu fire tractor pe ţesuturile perifistuloase, dacă fistula s-a produs după o histerectomie totală).

Coborîrea şi expunerea fistulei mai poate fi ajutată cu un cateter metalic introdus prin uretră sau, cum recomandau Forgue şi Massabuau chiar prin introducerea de către operator a indexului mîinii stîngi, după dilataţia uretrei.

Primul timp al operaţiei este avivarea; ea se face cu un bisturiu fin şi ascuţit, care se înfige pieziş, ca să ia cîţiva milimetri din marginea de mucoasă vaginală a fistulei şi, pe cît posibil, deloc din mucoasa vezicală, care, pe de o parte, trebuie economisită, iar pe de alta, sîngerează mai mult (şi sutura ne- prinzînd mucoasa vezicală nu asigură hemostază). Bisturiul este condus apoi astfel ca să aviveze orificiul de jur împrejur, creînd, după orientarea diametrului mare al fistulei, două lambouri sagitale, oblice sau transversale (fig. 506). Avivarea se mai poate face, mai ales cînd pierderea de substanţă vezicală este însemnată, sub forma exciziei unui guleraş de mucoasă vaginală în jurul orificiului fistulos; aceasta, răsfrîntă apoi ca în fig. 508, după dedublare, va servi pentru sutura vezicii (al cărei perete ar fi altfel pus într-o tensiune excesivă).

Al doilea timp este dedublarea: lambourile de mucoasă vaginală sînt decolate ca la colporafia anterioară.

Sutura vezicii se face cu fire separate; important este ca firele să nu fie perforante (fig. 506 B). Dacă dedublarea s-a făcut suficient de larg, se poate apoi înfunda în bursă zona suturii, sau se pune un al doilea strat de fire în U, ca la plicatura subcervico-uretrală din timpul colporafiei anterioare.

Ultimul timp, sutura vaginului (fig. 507), trebuie precedat, cînd mucoasa se află în tensiune, de incizii liberatoare la distanţă.

Aceste incizii se fac la distanţă de zona infiltrată şi scleroasă, ce înconjură fistula, ca decolarea mucoasei vaginale să fie uşoară; li se dă în genere formă de V, cu unghiul deschis către zona în care vrem să mobilizăm mucoasa (şi după această mobilizare plaga se suturează în formă de Y).

Căile de acces transperitoneale, transvezicale sau transperitoneovezicale ou dau o lumină mai bună; ele erau altă dată indicate, fiindcă metodele de explorare a sediului şi întinderii fistulei nu puteau asigura că soluţia de continuitate este la suficientă distantă de orificiile ureterale. In plus, Couvelaire crede că, operînd prin vezică, suprafeţele afrontate mai bine sînt cele vaginale, pe clnd operînd prin vagin se afrontează mai bine suprafeţele vezicale (ori tocmai această sutură este bine să fie ermetică j ocluzia orificiului vaginal poate cel mult să favorizeze producerea unui hematom intercalat, care poate compromite ambele suturi). Dobrovici aduce argumentul că nerămSnînd suturi în vezică (cînd se operează pe cale vaginală nu se pun pe vezică fire perforante), nu se vor forma calculi ?n jurul acestor fire, ca atunci clnd se operează pe cale tr&nsvezicală.

De asemenea este bine să se plombeze spaţiul mort, ce rămîne între mucoasa vaginului şi peretele vezical suturat[29], fie, cum recomandă Martius, printr-o plastie cu muşchiul bulbocavernos şi grăsimea ce-1 înconjură, fie prin interpoziţia uterului între vezică şi vagin (la femei trecute de vîrsta procrea- ţiei şi cînd condiţiile locale o permit, aceasta este cea mai simplă soluţie).

[29] Şi în operaţiile pe cale transperitoneală interpunerea unei plombe de grăsime a fost recomandată între suturi: W. Waters (în 1937) a preconizat autoplastia cu marele epiploon, iar Danforth (în 1940) grefa liberă a unui fragment excizat din acesta. Chiricuţă a propus pedi- cu li za rea epiploonului, procedeu ce asigură totodată un segment suficient de lung şi bine vascu- larizat, pentru a capitona defectul, dnd sutura lui s-a relevat imposibilă.

Pentru plastia musculo-adipoasă, după ce s-a suturat orificiul vezical, se pediculizează muşchiul bulbo-cavernos cu grăsimea ce-1 înconjură: se palpează o buză mare între două degete (unul în plaga vaginală, celălalt afară) şi se simte rulînd muşchiul, gros cît un police: apoi se face o incizie pe buza mare şi se disecă cu bisturiul şi foarfecele bont închis, lăsînd grăsimea, ce-1 acoperă, pe muşchi. Apropierea bulbilor cavernoşi face ca disecţia să fie însoţită de sîngerare: se pun fire în X pentru hemostază. Decolarea se continuă cu foarfecele închis, unind incizia de pe labie cu plaga vaginală. Lamboul musculo- adipos, căruia i se păstrează pedicului inferior (vasele şi nervii merg dinapoi- înainte), este trecut prin acest tunel şi fixat de mucoasa vaginală, cu două fire, în dreptul suturii vezicii. In sfîrşit, după capitonarea musculo-adipoasă, se închide plaga vaginală şi se suturează labia (fig. 508).

Cînd leziunea vezicii a interesat dispozitivul sfincterian, este foarte probabil că sutura defectului nu va conferi o continenţă perfectă. In astfel de cazuri este deopotrivă indicată plomba musculo-adipoasă preconizată de Martius, sau alte tehnici propuse pentru cura incontinentei de urină, ca plastiile musculo- aponevrotice, dar mai ales uretro-cistopexiile directe, de tipul Pereyra sau Alessandrescu şi mai ales interpoziţia vezico-vaginală a uterului (vezi fig. 547).

Cînd sutura orificiului vezical pare sau se dovedeşte intraoperator imposibilă, singura cale de acces pentru a închide fistula este calea transperitoneală (eventual transperitoneo-vezicală).

Soluţionarea cazului se face în funcţie de sediul leziunii şi de starea ţesuturilor vecine fistulei: dacă sediul fistulei nu este în imediata vecinătate a orificiilor ureterale şi peretele vezical împrejurul fistulei nu este prea compromis (ca suturile să taie sau să nu ţină), se poate recurge la o enteroplastie cu lambou ileal pediculat; dacă fistula se află mai aproape de 2 mm de un orificiu uretral sau ţesuturile sînt scleroase, caloase, de vi tal iza te (după radione- croză), este mai bine să se recurgă la procedeul lui Chiricuţă, de epiploonoplastie (vezi fig. 941).

Pentru procedeul de enteroplastie studiat experimentai şi propus de T. Ghiţescu şi realizat pentru prima oară de G. Nicolescu, după liberarea orificiului fistulos vezical, se izolează o porţiune de intestin subţire a cărui lungime este în raport cu dimensiunile fistulei. Ileonul se izolează împreună cu mezoul respectiv, ce trebuie să conţină un vas permeabil, ca şi pentru neocolpopoeză, iar tranzitul se restabileşte printr-o enteroanastomoză termino-terminală. cadrul intestinului se secţionează de-a lungul marginii libere, transformîndu-se astfel într-un lambou dreptunghiular, care se poate modela după necesitate şi se suturează într-un singur strat, cu fire separate, la marginile defectului vezical (fig. 509).

Fistulele vezico-uterine. în aceste cazuri, colul uterin, care este de fapt totdeauna sediul fistulei, este mult deformat, ţesuturile pericervicale sînt infiltrate, iar vaginul este inflamat şi stenozat; toate aceste condiţii fac adesea calea vaginală nepracticabilă. Totuşi, cînd leziunile sînt puţin marcate, mai ales în cazul fistulelor obstetricale, se poate încerca accesul pe jos, fiindcă prezintă următoarele avantaje:

— permite sutura vezicii cu fire neperforante, în cele mai bune condiţii;

H permite interpunerea între colul uterin şi vezică, fie a fundului de sac

anterior al peritoneului (procedeul Bărdescu), fie interpoziţia vezico-vaginală a uterului;

— permite efectuarea procedeelor plastice, folosind o parte din ţesuturile colului uterin (ce poate fi fie amputat, fie refăcut).

Cînd leziunile vezicale sau vezico-ureterale sînt întinse, iar ţesuturile sînt caloase, situaţia nu diferă cu nimic de fistulele vezico-vaginale şi intervenţiile de ales sînt cele din grupa precedent descrisă (epiploonoplastia Chiricuţă sau enteroplastia Ghiţescu-Niculescu).

In intervenţiile pe cale vaginală, primul timp constă în dilatarea canalului cervical; pentru aceasta, se poate lăsa cu 12—24 ore înainte de operaţie, o laminarie în col, sau efectua extemporaneu o dilataţie cu dilatatoare Hegar.

Dacă dedublarea vezico-uterină se dovedeşte posibilă şi se poate ajunge la fundul de sac vezico-uterin peritoneal, cel mai bun procedeu este cel al lui Bărdescu, care, după sutura orificiului vezical, pentru a evita ca acesta să rămînă în contact cu uterul, coboară şi interpune foiţa peritoneală. Dacă dedublarea nu pare posibilă, se recurge la procedeul Iui Sânger, care incizează mai întîi comisurile colului (ca în procedeul de amputaţie descris de Schroder), apoi sculptează de pe buza anterioară ţesuturile înconjurătoare fistulei şi le excizează, obţinînd astfel o largă suprafaţă cruentă vezicală, ce poate fi uşor suturată; pentru a evita stenoza colului uterin, operaţia se termină cu o rezecţie cuneiformă a buzei posterioare şi sutura mucoasei endocervicale cu mucoasa vaginală (fig. 510).

Fistulele uretro-vaginale. Caracterele anatomo-clinice ale acestor fistule, mai ales faptul că scurgerea urinei în vagin este intermitentă, cu ocazia micţi- unilor, le conferă o benignitate deosebită; adesea ele nici nu atrag atenţia bolnavelor: fistula este recunoscută întîmplător de medic la un examen cu valvele.

în plus ele prezintă condiţii foarte favorabile pentru operaţie (ţesuturile înconjurătoare nu sînt infiltrate sau scleroase niciodată).

Tratamentul lor constă în autoplastia cu lambouri din peretele vaginal anterior (procedeul J. L. Faure) : se taie de o parte şi de alta a soluţiei de continuitate uretra le, cîte un lambou, care se disecă pînă aproape de baza lui; cele două lambouri se rabat şi se suturează apoi cu fire separate de catgut, refăcfndu-se canalul uretral pe o sondă Nelaton (fig. 511).

Mucoasa vaginală este apoi liberată lateral şi peretele vaginal anterior este suturat pe deasupra plastiei uretra Ie, ca la o colporafie anterioară.

Fistulele recto-vaginaJe. După sediu, fistulele recto-vaginale pot fi înalte sau jos situate; originea *lor* obstetricală fiind cea mai frecventă, *ele* sînt adesea lnso(ite de rupturi de perineu. In funcţie de aceste caractere, se alege calea de acces şi anume:

— se operează prin vagin fistulele înalt situate, mai alesscînd cazul nu necesită şi repararea planşului perineal;

— se operează pe cale perineală fistulele jos situate şi cu atît mai mult cazurile ce necesită completarea curei fistulei printr-o colpoperineorafie posterioară.

Operaţia pe cale vaginală se face de preferinţă prin tehnica Shaw: se expune orificiul vaginal al fistulei cu valve, se trec în jurfll lui 4 fir-e tractor cu care atrăgîndu-1 la vedere (ca la fistulele vezico-vaginale), cu un bisturiu fin se excizează din mucoasa vaginală o suprafaţă ovoidală, depăşind de jur împrejur orificiul fistulos cu 2—3 mm; prin orificiul fistulei se introduce acum o sondă Nelaton de calibru potrivit cu dimensiunile fistulei; sonda trece prin rect şi la ieşirea prin anus este învelită cu un cîmp steril; pavilionul sondei este fixat cu patru fire de aţă la gulerul de mucoasă vaginală rămas în jurul orificiului fistulos (fig. 512). Tracţiunea pe sonda Nelaton va uşura considerabil dedublarea recto-vaginală şi va permite să se înfunde de mai multe ori în bursă peretele anterior al rectului, pînă ce pavilionul sondei ajunge afară prin anus şi firele ce-1 solidarizau la mucoasă pot fi secţionate (fig. 513). Peste în- fundările succesive ale rectului este bine apoi să se apropie, cu doua fire, marginile ridicătorilor anali; apoi, se suturează peretele vaginal cu fire separate.

Intervenţia este mult îngreunată, cînd fistulele sînt foarte sus situate (fistule după colpotomie sau histerectomie totală); accesul, în astfel de cazuri, este uşurat de clivajul peretelui vaginal posterior pe linia mediană (procedeul Legueu).

în sfîrşit, închiderea fistulei este de cele mai multe ori imposibilă, cînd ea s-a produs în urma iradierii unui cancer de col uterin sau de vagin; în aceste situaţii, singurele soluţii sînt coborîrea rectului (Segond) sau numai a mucoasei (Gerard Marchand), cînd cancerul pare vindecat şi starea generală este bine conservată; cînd vindecarea este îndoielnică sau starea generală precară este de preferat anusul iliac stîng definitiv.

Operaţia pe cale perineală diferă foarte puţin de colpoperineorafia posterioară : incizia (se face tot în acoladă la limita dintre mucoasă şi piele), precum şi disecţia de mucoasă vaginală sînt comune ambelor intervenţii. Timpul principal al curei pe cale perineală a fistulelor recto-vaginale constă în închiderea soluţiei de continuitate a peretelui anterior al rectului, după dedublarea cît mai întinsă vagino-rectală; sutura se face cu fire separate sau cu un fir în bursă, după întinderea, forma şi situaţia defectului; important este ca firele să nu fie perforante (să nu traverseze mucoasa rectală, septică) (fig. 514).

Odată orificiul închis el trebuie să fie înfundat încă într-o bursă cu un fir de aţă sau nylon, sau, şi mai bine, capitonat cu cîteva fire în U care aduc pe deasupra suturii teaca conjunctivă a rectului.

Operaţia urmează apoi întocmai ca o colpoperineorafie posterioară, cu sutura muşchilor ridicători anali, capitonajul, rezecţia excesului de mucoasă vaginală şi sutura mucoasei şi tegumentelor perineale.

TRATAMENTE ŞI ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICAŢII

O problemă însemnată a tratamentului postoperator în cura fistulelor urinare este aceea a drenajului urinii. în ultima vreme, pare că, în general, se preferă drenajului prin sondă permanentă, drenajul hipogastric cu tub Redon; în orice caz, cînd se lasă în vezică o sondă Foley sau Pezzer drenajul urinii trebuie făcut într-o pungă sau vas închis, printr-un prelungitor al sondei, steril şi frecvent schimbat.

Bolnava operată poate fi ţinută, după sutura vezicii în primele două zile după operaţie, cît mai mult timp în poziţia de decubit ventral; nu este bine însă nici să se exagereze: poziţia este foarte incomodă, stînjeneşte tranzitul intestinal şi predispune la embolii; ea trebuie deci alternată cu cea de decubit lateral.

în toate cazurile tratamentul pre- şi intraoperator (de acidifiere a urinii, hormonoterapia cu rol trofic asupra mucoasei vaginale şi chimio- sau antibio- terapia adecvată) se va continua postoperator. In mod deosebit, după operaţiile pentru fistule recto-vaginale se dă a patra zi un laxativ (ulei de parafină), iar a cincea-şasea zi, ulei de ricină. Constiparea prelungită a bolnavelor este fără sens acum, cînd chimioterapia permite limitarea septicităţii pronunţate a materiilor fecale.

REZULTATE

în ce priveşte fistulele vezico-vaginale, cele mai frecvente dar şi cele mai greu de tratat, statisticile mari dau totuşi proporţii de vindecare între 82% (N. Miller) şi 85 % (Counseller). Aceasta se explică, desigur, prin numărul important de cazuri în care operaţia s-a făcut în condiţii vitrege, după multiple încercări nereuşite. Unele fistule vezico-vaginale interesînd zona cervico-uretrală, mai ales cînd sînt secundare radionecrozei, sînt prin natura însăşi a leziunii pasibile de eşecuri. Totuşi şi în astfel de cazuri Chiricuţă nu a avut nici un eşec pe cazurile sale operate prin epiploonoplastie.

Aceleaşi rezultate inconstante se citează şi în unele fistule stercorale, secundare colpotomiilor sau histerectomiei totale, dar mai ales cele prin radio- necroză; în rest, pentru fistulele stercorale de origine obstetricală, marea majoritate deci, ca şi pentru fistulele uretrale simple, intervenţia făcută în condiţii tehnice corecte, cu o pregătire preoperatorie atentă şi urmată de un tratament postoperator judicios, este încununată de obicei de *restitutio ad integrum.*

Tulburările de statică pelviană sînt cunoscute din vremea lui Hippocrat, Soranus şi Gallenus. Corectarea lor chirurgicală începe teoretic în secolul al XV-lea cu şcoala din Padova, dar părintele adevăratelor operaţii plastice şi reparatoare, destinate corectării viciilor de poziţie ale uterului este socotit Am- broise Pare. Realizarea ideii lui nu a fost însă posibilă decît abia la sfîrşitul secolului trecut, odată cu introducerea antisepsiei şi asepsiei chirurgicale, precum şi a procedeelor de anestezie.

Dar publicaţiile privind această problemă, adunate în decurs de circa 125 de ani, sînt atît de numeroase, procedeele operatorii propuse atît de variate (ceea ce, pe de o parte dovedeşte că procedeul ideal nu a fost găsit), încît orice încercare de a sintetiza materialele riscă de a fi incompletă.

Scopul nostru nu este decît de a reda tehnicile mai folosite (lăsînd la o parte o sumă de variante, precum şi unele metode ce combină mai multe operaţii), după ce vom aminti bazele morfo-funcţionale ale tulburărilor de statică pelviană, principiile pe care se sprijină, sau ar trebui să se sprijine intervenţiile propuse pentru a le remedia, precum şi indicaţiile ca şi contraindica- ţiile lor.

BAZELE MORFO-FUNCŢIONALE

Situaţiile anatomo-clinice în care statica pelviană este modificată, aparent limitate, retrodeviaţiile uterine şi prolapsurile genitale sînt, în practică, extrem de numeroase, atît prin frecvenţă cît şi prin varietatea aspectelor ce le prezintă.

Retrodeviaţiile sînt anatomo-clinic poziţii uterine mai mult sau mai puţin patologice, legate fie de tulburări în dezvoltarea uterului, fie de laxitatea liga- mentară (mai ales a ligamentelor utero-sacrate), fie de leziuni asociate, post- inflamatorii. Obişnuit insidioase, retrodeviaţiile se pot însoţi de tulburări funcţionale necaracteristice («jenă» hipogastrică, «greutate» în pelvis, dismenoree), sau, mai degrabă, datorite leziunilor asociate. Evoluţia lor către ameliorare spontană, după căsătorie, prima sarcină sau în urma tratamentului medical nu este excepţională: totuşi, două complicaţii frecvente, sterilitatea şi prolapsurile genitale pot pune adesea indicaţia corectării operatorii şi a retrodevierii uterine. Sterilitatea nu este o complicaţie proprie retrodeviaţiilor; ca şi ele, sterilitatea poate fi semnul unei opriri în dezvoltare a uterului sau urmarea leziunilor inflamatorii perimetro-anexiale. Prolapsurile genitale sînt însă favorizate în oarecare măsură de retroversie, care face să coincidă axa uterului cu cea a vaginului; relaxarea mijloacelor de suspensie şi susţinere, în astfel de cazuri, explică telescoparea uterului în vagin, ca şi procidenţa pereţilor vaginali şi odată cu ei, coborîrea vezicii.

Prolapsurile genitale[1] constau anatomic şi patogenic în hernierea multiplă şi polimorfă a organelor pelviene prin hiatul uro-genital. Leziunile, prin definiţie complexe, sînt întîlnite sub diverse aspecte, în funcţie de:

— *vîrsta bolnavei.* Din acest punct de vedere, împărţim cazurile pentru stabilirea indicaţiei operatorii, pentru adoptarea tehnicii şi definirea principiilor ce trebuie să o călăuzească, după cum femeia este sub 45 de ani, deci în epoca deplinătăţii facultăţilor genitale (sexuală şi de procreaţie); între 45 şi 60 de ani, deci a posibilităţii unei activităţi sexuale, sau a depăşit vîrsta de 60 de ani, deci se află în epoca senilă;

— *starea şi valoarea ţesuturilor.* Deosebită importanţă au trei factori patogeni fundamentali: debilitatea congenitală sau insuficienţa cîştigată a mezen- chimului de susţinere, traumatismul obstetrical şi deficienţa estrogenică după menopauză. Fiecare din aceşti factori merită o atenţie deosebită, în genere ei se manifestă simultan, dar după predominenţa unuia sau altuia din factori se poate schiţa următoarea clasificaţie anatomo-clinică:

a)prolapsul virginelor sau nuliparelor, cu sau fără splanhnoptoză generalizată (în acest lot se întîlneşte histerocelul mai mult sau mai puţin pur);

b)prolapsul obstetrical cu histerocel moderat, uneori numai cu retroversie şi cisto-uretrocel (fiindcă mai ales diafragma uro-genitală are de suferit la naştere), eventual asociat şi cu rectocel (cînd traumatismul nucleului central nu a fost urmat de perineorafie);

c)prolapsul femeii în vîrstă, prin insuficienţă globală a elementelor de susţinere: ţesuturile musculare şi conjunctivo-elastice, care au suferit traumatisme la naşteri repetate, sînt atinse şi de atrofie, prin deficienţă estrogenică post- climacterică; ţesutul adipos, fie că infiltrează interstiţiile musculo-conjunctive prin creşterea lui exagerată (prolapsul obezelor), fie că este şi el atrofiat şi contribuie astfel la slăbirea mijloacelor de susţinere (prolapsul senil).

Alte forme mai greu de individualizat se pot întîlni spontan sau după intervenţii parţiale, inadecvate sau neindicate:

— *natura, componenţa, importanta şi întinderea leziunilor.* Din acest punct de vedere, factorii patogenici hotărîtori sînt: existenţa retroversiei uterine (deci dispariţia unghiului format de axele uterului, colului şi vaginului) sau colul restant şi nefixat după histerectomie; leziunile perineale şi lărgirea hiatului urogenital, care deschid coloana vaginală de suport şi permit alunecarea pereţilor vaginali şi ai uterului. Un factor conex care, de asemenea, nu este lipsit de importanţă, îl constituie alungirea hipertrofică a colului, tras de inserţia pereţilor vaginali ptozaţi şi edemaţiat de tulburările circulatorii; colul se introduce ca o pană în cavitatea vaginală ;i «deschide calea» prolapsului.

Socotim mai potrivit de a vorbi de prolapsuri genitale decit de prolapsul ulerin pentru raţiunile ce urmează.

Prolapsul uterin nu se produce decît prin relaxarea punctului fix, ce se găseşte deasupra inserţiei vaginului pe col. Ruptura sau relaxarea perineului prin naşteri multiple, distocice, terminate prin intervenţii delabrante sau urmate de infecţii, este atunci de mult prezentă, iar nucleul central al perineului lipsind ca sprijin şi peretele vaginal anterior, împreună cu vezica sînt prăbuşite.

Uterul este antrenat la rîndul lui, odată cu pierderea tonusului ţesuturilor mezenchimatoase după menopauză, sau după ce alungirea hipertrofică a colului, lungind pîrghia cervicală, ce atîrnă în vagin, a şters unghiul fiziologic dintre colul şi corpul uterin. Predispoziţii şi anomalii congenitale sau eforturile fe- meiior cu munci penibile, ale sportivelor, pot grăbi însă căderea uterului.

In general, descensul uterin, colpocelul anterior şi posterior, cistocelul şi uretrocelul şi, eventual, enterocelul, se descriu separat, deşi ele nu sînt decît părţi componente, mai mult sau mai puţin manifeste ale unui tot anatomo-clinic.

Cum s-a mai semnalat, fiecare bolnavă, aproape, prezintă un tip deosebit de prolaps genital; numai după bilanţul tuturor aspectelor sub care se prezintă cazul se va putea hotărî ce tehnică să se aleagă, în funcţie de vîrstă, de pre- dominenţa unui simptom, a leziunilor asociate altor circumstanţe. Pentru adîn- cirea studiului acestor cazuri, s-a recurs în ultima vreme la explorarea radiologică, folosind histerografia (pe acelaşi clişeu se ia cîte o imagine cu pensa de col împinsă şi trasă la mj&ximum), cistografia (foarte importantă pentru care s-au propus numeroase metode), histerografia concomitentă şi cu o urografie (pentru precizarea raporturilor utero-vezicale şi mai ales ureterale) şi gineco- grafia (pentru precizarea conturilor organelor genitale interne). Astfel, folosin- du-se aceste mijloace se pot depista unele hernii ale Douglasului, care scapă examenului clinic şi se pot compara rezultatele diverselor procedee, în ceea ce priveşte reducerea şi contenţia viscerelor herniate (în special vezica urinară) (fig- 515).

Deşi prolapsul uterin izolat este rar, se foloseşte totuşi în mod curent, pentru desemnarea întinderii leziunii, gradul de prolaps al uterului:

— gradul I, cînd colul coborît depăşeşte butoniera ridicătorilor anali, dar nu apare încă la vulvă;

— gradul II, cînd uterul este coborît şi colul apare la vulvă între cistocel şi colpocelul posterior;

— gradul III, cînd uterul este complet exteriorizat şi vaginul întors ca un deget de mănuşă (răsfrîngerea mai mult sau mai puţin completă a vaginului se întîl- neşte de asemenea în prolapsul după histerectomie).

în capitolul dedicat colpoperineorafiei, s-au arătat aspectele prolapsului pereţilor vaginali şi s-a insistat asupra faptului că, colpocelul anterior este constant însoţit de hernia vezicii (ceea ce conferă majorităţii prolapsurilor caracterul complex, urogenital), pe cînd colpocelul posterior se însoţeşte mai rar de rectocel, excepţional de hernia fundului de sac Douglas (elitrocel).

Importanţa leziunilor depinde de gradul şi componenţa prolapsului, precum şi de asocierea tulburărilor neurotrofice, leziunilor inflamatorii etc. Astfel, pereţii vaginali în prolapsuri inveterate pot prezenta ulceraţii de decubit; vezica profund deformată nu se goleşte complet, iar urina reţinută se infectează uşor şi cistita secundară complică tulburările funcţionale urologice ; uterul şi anexele pot fi sediul inflamaţiilor cronice, tulburărilor circulatorii, sclerozei etc.

în sfîrşit, importanţa prolapsului poate fi mai manifestă prin răsunetul funcţional (manifestări dureroase diverse şi necaracteristice, incontinenţă relativă de urină, disurie şi polakiurie, infecţii ascendente uretero-pielice, chiar azotemie şi hipertensiune), decît prin aspectul strict anatomic al leziunilor.

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

Ţinem să amintim şi aici principiul fundamental hippocratic: tulburările de statică pelviană, nepunînd viaţa bolnavelor în pericol, nu este permis ca riscul prezentat de anestezie sau operaţie să fie disproporţionat. Cu toată banalitatea ideii, insistăm asupra valorii ei în principiu; într-adevăr, nu trebuie uitat că indicaţia intervenţiei pentru prolaps se pune la un număr mare de femei în vîrstă, la care, chiar operaţii anodine pot fi foarte şocante.

în general, *intervenţia pentru corectarea retrodeviaţiilor uterine nu-şi găseşte indicaţii decît la femei în epoca deplinei activităţi genitale* (înainte de 45 de ani); dezideratele principale ale curei operatorii vor fi deci totdeauna:

— să obţină reducerea poziţiei uterului şi să-1 stabilizeze în anteversie;

— să nu îngrădească evoluţia sau terminarea unei eventuale sarcini;

—să evite recidiva retrodeviaţiei sau apariţia prolapsului, chiar după mai multe naşteri.

Pentru ca respectarea acestor deziderate să fie posibilă, o primă condiţie este ca *uterul să fie indemn de orice leziune*; o a doua este *să se aleagă pentru operaţie celiotomia*, care permite descoperirea eventualelor aderenţe, ce fixează uterul, a leziunilor anexiale etc. (care pot trece neobservate la examenul clinic cel mai competent) şi tratarea lor concomitentă în cele mai bune condiţii.

Cînd retrodeviaţia nu se însoţeşte de leziuni inflamatorii, ea fiind numai o relaxare ligamentară, este firesc ca intervenţia să se adreseze corectării poziţiei corpului uterin, folosind tocmai aceste resurse pentru suspensia lui; în cazul în care operaţia se face pentru leziunile inflamatorii perimetro-anexiale, cura retrodeviaţiei este subordonată acestui scop principal.

în sfîrşit, numeroase comunicări recente subliniază interesul completării sistematice a intervenţiilor, pentru retrodeviaţiile uterine, ca şi a histeropexiilor abdominale pentru prolapsurile genitale, cu închiderea Douglasului, care se adînceşte după fixarea în anteversie a uterului şi-şi pierde supapa (uterul ce-1 acoperea făcînd imposibil elitrocelul).

în prolapsurile genitale substratul anatomic fiind hernierea multiplă şi polimorfă a viscerelor pelviene, corolarul trebuie să fie reducerea lor, prepararea sistematică a sacilor herniari sau a pseudo-sacilor şi închiderea porţii herniare, după excizia ţesuturilor în exces pe cît posibil, fără a stînjeni nici o funcţie. Se pune deci, operaţiilor pentru prolaps, o condiţie dublă, ce trebuie luată în consideraţie, în funcţie de aspectele morfo-funcţionale amintite, şi anume:

— pe de o parte, respectarea pe cît posibil anatomică şi nestingherirea funcţiei caracteristice a organelor genitale;

— pe de altă parte, corectarea simultană a tulburărilor sau rezolvarea chirurgicală a leziunilor asociate (incontinenţă de urină, retrodeviaţiile uterine. alungirea hipertrofică a colului sau ruptura de perineu etc.).

După cum se poate lesne bănui, împăcarea acestor condiţii principiale nu este în toate cazurile posibilă, necum uşoară.

în fine, ni se pare demn de semnalat ca ultim principiu al curei chirurgicale a prolapsurilor genitale, *rezervarea timpului abdominal de închidere a Douglasului sau de fixare a uterului (cînd aceasta este necesară), nu ca primul. ci ca ultimul timp al operaţiei,* pentru a-1 adapta mai bine noilor condiţii create.

INDICAŢII

în retrodeviaţiile uterine, indicaţia tratamentului chirurgical este subiect de discuţie; într-adevăr, în retrodeviaţiile asociate cu alte leziuni, indicaţia se pune eventual pentru explorarea şi tratamentul acestora (tumori uterine sau anexiale, chisturi, aderenţe sau alte sechele inflamatorii etc.) iar în retrodeviaţiile mobile operaţia nu este legitimă, decît cînd femeia prezintă tulburări serioase, imputabile poziţiei uterului (adică practic foarte rar).

Dimpotrivă, în prolapsurile genitale, ce împiedică activitatea femeilor şi constituie uneori o adevărată invaliditate, necesitatea intervenţiei este în afară de orice discuţie. Problema cea mai de seamă aici este a criteriilor adaptării tehnicii de folosit, fiindcă, cum s-a mai arătat, nu există o metodă standard recomandabilă în toate cazurile, cu egale şanse de succes.

Cele mai importante criterii sînt vîrsta bolnavei şi forma anatomoclinică a prolapsului.

-—La femeia tînără, în deplinătatea activităţii genitale (înainte de menopauză), prolapsul este în genere incomplet şi leziunile atrofice lipsesc totdeauna; foarte frecvent se constată însă, pe lîngă tendinţa uterului de a se telescopa în vagin ca în retrodeviaţii (de unde necesitatea de a se restabili unghiul fiziologic), leziuni inflamatorii metroanexiale, tulburări circulatorii ale organelor ptozate şi semne de întindere ligamentară (dismenoree, trompe sau ovare dureroase la examen, hiperestezia ligamentelor utero-sacrate etc.). Toate acestea impun, la femeia tînără, ca şi în prolapsul virginelor sau nuliparelor, un timp abdominal, cu atît mai mult, cu cît la această vîrstă necesitatea conservării funcţiei sexuale şi de parturiţie limitează întinderea colpo-perineorafiei posterioare.

în aceste situaţii, mult timp a apărut ca cea mai indicată aşa-zisă «triplă operaţie franceză» (Begouin-Savariaud, 1923), care constă din *colporafia anterioară* (însă cu disecţia şi fixarea înaltă a vezicii, pentru cura sistematică a incontinenţei relative de urină, aşa cum s-a arătat că este întotdeauna necesar), *colpo-perineorafia posterioară* şi o *histeropexie abdominală indirectă* (sau directă, dar care să nu stînjenească mobilitatea corpului uterin în eventualitatea unei sarcini), in ultimii ani s-au pus în lumină multiple complicaţii ale acestor his- teropexii (dintre care elitrocelul şi alungirea colului apar ca cele mai benigne), ceea ce face ca fără o indicaţie în plus să nu se mai intervină acum sistematic şi pe cale abdominală.

— La femeia între 45 şi 60 de ani prezenţa atrofiei şi deficienţelor tisulare, pe lîngă leziunile obstetricale, impun căutarea altor măsuri. Atrofia uterului a făcut să se propună în aceste cazuri ablaţia lui sistematică; dar el este util ca pilier central, pe care se inseră ligamentele largi şi retinaculul parametrul, iar dintre toate formele de prolaps, mai greu de tratat este cel după histerectomie.

Deficienţa şi relaxarea mezourilor şi ligamentelor fac iluzorii ligamento- pexiile; de asemenea, histeropexiile istmice sau corporeale, deşi sînt mai eficace, nu rezolvă pentru mult timp situaţia; ele predispun în plus la recidive prin alungirea colului şi hernia Douglasului. Faţă de toate atrofiile şi deficienţele, singura hipertrofie, pe care aceste cazuri o prezintă, este alungirea colului (datorită tracţiunii inserţiei pereţilor vaginali pe col), cu sau fără modificări, datorită tulburărilor trofice şi vasomotorii, stazei, infecţiilor cronice supraadăugate. Singura terapeutică logică ce se poate aplica este amputaţia colului în porţiunea supravaginală; *ea determină scleroza în stea a tuturor ţesuturilor în vecinătate., contribuind astfel într-o măsură considerabilă, prin consolidare cicatricială, la contenţia viscerelor pelviene.*

In aceste situaţii respectarea vaginului este impusă de posibilitatea coabi- taţiei şi, cum s-a văzut, respectarea uterului sau cel puţin a porţiunii lui istmice este de dorit. Intervenţia exclusiv vaginală va consta deci, cu mici modificări, de la un caz la altul, fie la aşa-zisa «triplă operaţie pe cale joasă» (cum o numesc autorii francezi) sau procedeul Pestalozza (cum îl numesc italienii), fie în operaţia de la Manchester sau operaţia lui Halban.

Aceste procedee constau toate în:

— amputaţia colului uterin;

colporafia anterioară cu prepararea îngrijită a fasciei vezico-vaginale sau sutura dinaintea colului uterin a elementelor ligamentare şi musculare para- metrale (ca în procedeul Fothergill);

— colpoperineorafia posterioară cu efectuarea unei miorafii înalte şi eventual cu conexarea ridicătorilor la ligamentele utero-sacrate (procedeul Dellepianne).

Toate aceste operaţii au avantajul că nu sacrifică funcţia sexuală şi evită intervenţii mai complicate, dar prezintă unele dezavantaje, ca: recidive parţiale (mai ales anterioare, a căror frecvenţă ajunge în unele statistici la 35%) şi chiar complete (1—2%); unele favorizează în plus retroflexia uterină.

Cînd şi uterul este suspect (mărit de volum, fibromatos cu menometro- ragii, sau frotiurile vaginale arată după Papanicolau un stadiu 3 persistent), operaţia de elecţie este tehnica Spalding-Richardson.

în sfîrşit, cînd prolapsul este complet, planşeul pelvian foarte compromis din cauza atrofiei planurilor musculare, uterul nu este prea mic sau prea voluminos, cistocelul foarte mare sau incontinenţa de urină deosebit de supărătoare, este recomandabilă interpoziţia vezico-vaginală a uterului, procedeu antiana- tomic, dar care permite o refacere foarte solidă. Din păcate, i se poate aduce însă o critică deplin justificată în starea actuală a orientării luptei anticance- roase, şi anume, că ascunde colul şi cavitatea uterină posibilităţilor de explorare, iar în caz de cancer, îngreunează foarte mult terapia acestuia.

— La femeia peste 60 de ani, prolapsul senil ridică şi el alte probleme: aici nu se mai pune premiza păstrării uterului ca pilier central (fiindcă mijloacele lui de susţinere şi-au pierdut orice valoare) sau a vaginului pentru viaţa sexuală, cît de căutarea unei tehnici cît mai puţin şocante.

în aceste cazuri, operaţia de ales este în funcţie de starea generală a bolnavei şi de coexistenţa posibilă a altor afecţiuni, ce limitează sau amînă intervenţia. La femeile cu stare generală bună şi prolaps inveterat, uneori chiar reductibil, operaţia de elecţie este histerectomia pe cale vaginală.

Cînd starea generală este deficitară, singura soluţie este colpocleizisul total sau parţial. Numai că operaţia lui Muller ca şi cea a lui Neugebauer-Le Fort înlocuieşte o infirmitate cu alta (cel puţin morală) şi lipeşte două organe cavitare cu pereţii subţiaţi (încercînd din această alipire să creeze o coloană de rezistenţă, ce nu poate fi decît precară); în plus, operaţiile acestea nu corectează, ba chiar agravează incontinenţa de urină şi ascund uterul explorării, mai mult chiar decît interpoziţia vezico-vaginală. Aceste considerente fac să li se prefere din ce în ce mai mult operaţia propusă de Labhardt.

In genere, deci şi în prolapsul senil calea vaginală este şi suficientă şi cea mai indicată (ca mai puţin şocantă).

în concluzie, se vede că în oricare situaţie apar ca timpi principali: col- porafia anterioară (însoţită de cura cistouretrocelului şi a incontinenţei de urină) şi colpo-perineorafia posterioară de suport, mai limitate la femeia tînără, în deplină activitate genitală, sau mai lărgite la femeia trecută de menopauză (cînd este bine să li se adauge şi *amputaţia de col);* în sfîrşit mult lărgite la femeia bătrînă (cînd intenţia radicală poate fi împinsă pînă la *colpo-histerecto- mie vaginală).*

Desigur că forme particulare de prolaps (cum este cel al vaginului după histerectomie, elitrocelul sau hernia Douglasului etc.) sau cele asociate cu alte leziuni şi tulburări (tumori uterine, ovariene, fistule genitale, incontinenţe de urină etc.) pun indicaţii speciale de la caz la caz şi nu mai pot fi schematizate.

CONTRAINDICAŢII

Cura retrodeviaţiei uterine, ca şi a prolapsului genital la femeile tinere, are două contraindicaţii mai frecvente: sarcina în evoluţie şi metroanexitele acute sau subacute (vezi colpoperineorafia). Excepţie fac cazurile de retro- deviaţie cu forme grave de încarcerare în pelvis a uterului gravid.

Majoritatea publicaţiilor recente tind să arate că vîrsta înaintată nu constituie o contraindicaţie, dar este un motiv în plus de discernămînt atent al tipului de operaţie ce trebuie ales.

Evident, la femeile în vîrstă, cu afecţiuni cronice (cardiace, hepatice, renale, diabet), operaţia comportă un risc ce nu poate fi totdeauna prevenit. De asemenea, o contraindicaţie, cel puţin temporară, o prezintă infecţiile acute şi ulceraţiile difterizate ale vaginului şi colului uterin, infecţiile urinare şi infecţiile pulmonare cronice.

în aceste cazuri pregătirea preoperatorie trebuie făcută fără grabă, cu spălături (soluţie cloruro-sodică izotonică sau ceai de muşeţel), ovule glicerinate înglobînd antibiotice şi oestrogeni (de tipul Ovestrol etc.). Cînd prolapsul nu poate fi uşor menţinut (lucru esenţial pentru vindecarea eroziunilor), după reducerea lui, se poate face columnizarea vaginului cu o meşă îmbibată în glicerină. De asemenea, vindecarea unor ulceraţii trofice este adesea favorizată de infiltraţia cu novocaină a mucoasei din jurul lor.

CONDIŢII DE EFECTUARE

Condiţiile de efectuare ale operaţiilor plastice şi reparatoare pentru tulburările de statică pelviană decurg din principiile şi indicaţiile enunţate. Ar fi fără sens de a le relua aici pentru fiecare situaţie în parte; semnalăm numai că, mai mult poate decît pentru oricare alte operaţii, se pun două condiţii generale: una privind indicaţia şi alta privind actul terapeutic propriu-zis şi anume:

— *prima condiţie este examenul clinic atent şi amănunţit*; s-a amintit că prolapsurile genitale sînt polimorfe şi în consecinţă procedeul chirurgical trebuie cît mai bine adaptat situaţiei. Aplicînd un procedeu de rutină, în toate cazurile vom expune fatalmente pentru mai curînd sau mai tîrziu un număr mare de operate la diverse nemulţumiri şi chiar recidivă;

—*a doua condiţie este, la rîndul ei, dublă*; ea cere să se folosească tehnicile cele mai bine cunoscute şi oricare ar fi tehnica aleasă, să se procedeze metodic şi cu minuţiozitate.

PREGĂTIRI PREOPERATORII

Pregătirea preoperatorie trebuie să fie deosebit de atentă la femeile în vîrstă: explorarea medicală cît mai întinsă, urmată de tratament suficient de prelungit, va asigura atît echilibrarea stării generale (cardiopatii, hipertensiune arterială etc.) cît şi a stării locale (colpite, leziuni de decubit, cistite etc.). Ca pentru toate operaţiile pe cale vaginală, la femei trecute de menopauză, cu mucoasă atrofică, vindecarea operatorie va fi mult uşurată de tratamentul preoperator cu estrogeni (local: timp de cel puţin 4 zile înainte de operaţie se introduce zilnic, după toaleta vaginală, cîte un ovul de tipul preparatului Ovestrol; sau pe cale bucală cu preparate de oestriol).

1. OPERAŢII PE CALE ABDOMINALĂ DE SUSPENDARE ŞI ORIENTARE A UTERULUI

Deşi mulţi autori susţin azi că «nu mai există nici o indicaţie pentru fixarea pe cale abdominală a uterului» (CI. Gauthier-Y. Malinas), pentru istoricul lor bogat şi pentru a nu înlătura cu totul acest capitol tradiţional, vom descrie dintre operaţiile pe cale abdominală, separat:

— histeropexiile directe şi indirecte, cu suspendare anterioară şi posterioară ;

— operaţiile de orientare şi altele.

HISTEROPEXIILE DIRECTE

Scopul lor este fixarea corpului sau istmului uterin, direct la peretele abdominal sau promontoriu; vom alege şi descrie sumar trei tipuri de operaţii, toate după părerea mea numai de interes istoric:

— *exohisteropexia* (Sims, Kelly, Kocher, Cristea Grigoriu);

- *histeropexia corporeală* recomandată încă, din secolul trecut (Koeberle, Olshausen, Lawson-Tait, Czerny şi Terrier);

- *histeropexia istmică* efectuată la peretele abdominal (Delbet-Caraven, Bumm) sau la promontoriu (J. Huguier).

Cu excepţia histeropexiei istmice care, însă efectuată la peretele abdominal, are dezavantajul de a nu coreeta retroversofiexia, ba chiar de a o accentua (iar cînd este efectuată la promontoriu prezintă numeroase alte dezavantaje), aceste procedee pun condiţia de a fi efectuate sau după ce femeia a trecut de menopauză, sau după ce a fost sterilizată. Dar tocmai la aceste femei între 45 şi 60 de ani, cum arătam, tehnicile pe cale vaginală sînt preferabile şi suficiente; ele rămîn deci cele mai indicate. Dintre toate histeropexiile, procedeul Cristea Grigoriu este fără îndoială cel mai solid; totuşi, ca şi celelalte, el expune la recidive favorizînd alungirea colului şi adîncirea Douglasului, cu hernierea în vagin a anselor intestinale (elitrocel).

EXOHISTEROPEXIA

Procedeul Cristea Grigoriu comportă următorii timpi:

— *primul timp* este celiotomia mediană, subombilicală şi explorarea organelor genitale interne;

— *al doilea timp* constă în prinderea fundului uterului cu o pensă Museux şi exteriorizarea lui; se închide peritoneul cu un surjet sau cu fire separate, trecînd ultimul punct şi prin faţa posterioară a istmului uterin (fig. 516 A): se mai aplică anterior uterului un fir ce închide peritoneul şi-1 solidarizează cu faţa anterioară a istmului;

— *al treilea timp* este sutura muşchilor drepţi abdominali cu fire separate; pentru siguranţă în prealabil se leagă şi se secţionează trompele (fig. 516 B);

— *al patrulea timp* constă în clivarea lojei în care va fi găzduit uterul, sub aponevroza abdominală şi plasarea uterului şi anexelor în ea (fig. 516 C);

— *al cincilea timp* este fixarea uterului cu firele ce apropie lambourile de aponevroză (fig. 516 D); în fine, urmează sutura tegumentelor.

Autorul completa sistematic operaţia abdominală cu o col pope rineora fie posterioară foarte strînsă.

HISTEROPEXIA CORPOREALĂ

— *Primul timp* este celiotomia subombilicală.

— *Al doilea timp* începe cu protecţia şi explorarea cîmpului operator: se expune faţa anterioară a uterului prin care se însăilează transversal trei fire de in.

— *Al treilea timp* constă în trecerea capetelor acestor fire prin peritoneul parietal, prin grosimea muşchilor drepţi şi a aponevrozei; firele ies cam la 1 cm de incizia mediană (fig. 517 A).

— *Al patrulea timp* constă în sutura peritoneului, apoi sutura musculo- aponevrotică, ce se face la mijlocul plăgii, chiar cu firele trecute şi prin uter.

— *Ultimul timp* este sutura tegumentelor.

Pentru a simplifica operaţia şi a o face aplicabilă sub anestezie locală, von Wahl a propus să se repereze colul uterin pe cale vaginală şi să se introducă in canalul cervical un dilatator Hegar, corespunzător: cu acesta, uterul este împins sub peretele abdominal. La nivelul la care s-a constatat că uterul poate ajunge se face anestezia locală şi o mică incizie a pielii şi aponevrozei; apoi se trec cele trei fire neresorbabile prin perete şi prin transparenţa peritoneului care garantează că nu se interpune nimic în faţa uterului, menţinut de un ajutor în contact cu plaga. Palmer a reluat recent acest procedeu sub denumirea de «histeropexie minimă», folosind pentru mobilizarea şi susţinerea uterului canula de histerografie.

HISTEROPEXIA ISTMICĂ LA PERETELE ABDOMINAL

— *Primul timp* este celiotomia longitudinală sau transversală.

— *Al doilea timp* constă, după protecţia şi explorarea cîmpului operator, în decolarea peritoneului de pe istmul uterin (de la limita superioară a aderenţei lui laxe, pînă la fundul de sac vezico-uterin).

— *Al treilea timp* este trecerea firelor de in sau nylon prin suprafaţa avivată şi stratul musculo-aponevrotic al peretelui abdominal (peritoneul parietal este lăsat la o parte, ca suprafaţa avivată să fie pusă în contact cu muşchii drepţi) (fig. 517 B)

— *Al patrulea timp* constă în închiderea peretelui abdominal în straturi anatomice.

HISTEROPEXIA ISTMICĂ POSTERIOARĂ

Codificată de J. Huguier şi calificată de el însuşi « ca cea mai puţin ilogică» dintre modalităţile de suspensie a uterului, are următorii timpi:

—*primul timp* este expunerea discului lombosacrat (vezi simpatectomia presacrată la pag. 129-130, fig. 102—103);

- *al doilea timp* este amararea la ţesutul prediscal (firele trebuie trecute foarte superficial şi discul propriu-zis nu trebuie niciodată atins) şi pe istmul uterin, la nivelul ţesutului fibros zis «torus uterinus», dintre inserţiile pe uter ale ligamentelor uterosacrate (vezi fig. 518). Pentru a înnoda cele două fire de nylon nu este bine să se tragă de uter, încercînd să-1 ducem pînă la promontoriu; firele se înnoadă cînd sînt bine întinse (chiar dacă uterul rămîne la distanţă de promontoriu);

— *al treilea timp* este peritonizarea pe deasupra firelor: astfel, ele vor fi curînd, prin reacţia fibro-conjunctivă, înlocuite de un neo-ligament. Peritonizarea trebuie făcută cu cea mai mare grijă, pentru a evita ocluziile (vezi tehnica Charrier— Gosset după histerectomiile totale).

Dar, cum scrie H. Robert, trebuie ştiut că «histeropexia posterioară nu este, ca şi histeropexiile anterioare, un tratament al prolapsurilor», fiindcă nu corectează cisto-uretrocelul şi rectocelul; ea poate fi cel mult un gest complementar după unele histerectomii (mai ales pentru fibroame mari ce mascau tendinţa la descens), pentru profilaxia elitrocelului sau în cadrul curii chirurgicale a elitrocelului odată produs.

Inconvenientele tehnicii sînt deopotrivă de numeroase şi importante ca şi la fixările anterioare: tragerea colului prea sus jenează examenele ginecologice ulterioare; incontinenţa de urină este o consecinţă relativ frecventă (întîlnită o dată la fiecare 6—7 cazuri, după H. Robert); dar cele mai de temut complicaţii sînt ocluziile intestinale, precoce sau tardive, şi spondilodiscitele sau numai sechelele dureroase ale fixării la promontoriu.

HISTEROPEXIILE INDIRECTE

Scopul acestor intervenţii este redresarea şi fixarea uterului, folosind ligamentele uterine, peritoneul pelvian sau plastiile musculo-aponevrotice, înlocuite mai recent cu benzi de materiale plastice.

Ele sînt indicate, mai ales, pentru corectarea poziţiei în retrodeviaţiile uterine şi, cîteodată în completarea altor intervenţii ginecologice sau ca procedee de peritonizare a uterului.

Procedeele de histeropexie indirectă nu pot fi folosite în tratamentul prolapsului decît ca o completare a colporafiei anterioare şi a colpoperineorafiei posterioare, cu excepţia piramidalopexiei, procedeu solid, care însă deformează vezica (vezi fig. 529).

Ele fiind cu totul lipsite de soliditate, adesea nu reprezintă, chiar în aceste condiţii, decît o soluţie provizorie (la femeia tînără, la care operaţii mai radicale sînt contraindicate). în plus, aceste procedee predispun, ca şi histeropexiile directe, la alungirea colului şi la adîncirea Douglasului, factori însemnaţi de recidivă a prolapsului. Singurele lor avantaje, faţă de majoritatea histeropexiilor directe, sînt că lasă liberă creşterea uterului în cursul unei eventuale sarcini şi nu produc în genere distocii la naştere[30], iar în ipoteza unei inflamaţii sau tumori maligne nu expun la invadarea peretelui abdominal.

LIGAMENTOPEXIILE

Operaţia pentru care se cunosc cele mai numeroase variante de tehnică este incontestabil ligamentopexia; dar unele din aceste variante, folosite mai mult sau mai puţin altădată, sînt azi practic părăsite (ligamentopexia inghinală de pildă), iar altele nu diferă între ele decît prin detalii minime. De aceea, nici nu vom înşira aici decît acele tehnici care mai sînt folosite sau prezintă, din punctul de vedere al concepţiei, particularităţi.

Multe tehnici au avantaje şi dezavantaje proprii[31], dar în general, unei ligamentopexii nu trebuie să i se ceară mai mult decît poate oferi şi anume, corectarea retrodeviaţiei uterine (eventual cu avantajul, în plus, că după diferite intervenţii pe uter şi anexe, uşurează peritonizarea şi împiedică refacerea vechilor aderenţe în noua poziţie în care ţine uterul).

Prognosticul obstetrical după orice ligamentopexie este clasic socotit ca foarte favorabil; numeroase observaţii culese în decursul anilor arată însă, că durerile din cursul sarcinii şi dişkineziile din timpul travaliului, fără a fi frecvente, nu pot fi neglijate. Desigur că, în unele cazuri, aceste tulburări pot fi imputate unor defecte de tehnică (ligamentopexii prea strînse, asimetrice etc.), dar nu este mai puţin adevărat că sînt publicate dezvoltări inegale sau atitudini forţate ale uterului gravid, care nu ar fi putut fi prevenite, chiar cu tehnica cea mai corectă.

Eficacitatea îndoielnică în tratamentul prolapsurilor, ale căror cauze nu le poate combate, şi incovenientele menţionate fac ca indicaţiile ligamentopexiilor să fie azi limitate: in tratamentul retroversoflexiei uterine (dar operaţia însăşi este justificată numai cînd aceasta se însoţeşte de tulburări serioase, imputabile cu mare probabilitate poziţiei uterului, ceea ce este din ce în ce mai mult pus sub semnul îndoielii);

— ca metodă de necesitate, în completarea operaţiilor conservatoare pe uter şi anexe precum şi, eventual, ca soluţie temporară, în descensul uterin al femeilor tinere care forţează mîna prin importanţa Iui sau a tulburărilor asociate (altfel, este bine să se temporizeze cura chirurgicală, pentru a opera după menopauză sau în preajma ei). în această ultimă situaţie, ligamentopexia se efectuează numai ca ultim timp, după colporafia anterioară şi colpo-perineorafia posterioară, în anumite cazuri, cînd şi alte indicaţii au impus un timp abdominal şi este bine să fie sistematic precedată sau completată de închiderea profilactică a fundului de sac peritoneal posterior, care la rîndul ei poate fi eventual completată cu o miorafie după procedeul Amza Jianu.

[30] Procedeul Pestalozza excelent în completarea perjtonizării feţei anterioare a uterului favorizează prezentaţiile distocice: prezentaţiile transversale ar fi de 20 de ori mai frecvente după Gonet (citat de H. Robert).

[31] Astfel procedeului Doleris, care are avantajul de a fixa mai solid uterul, i se reproşează că lasă în peritoneu spaţii prin care se pot angaja şi strangula ansele intestinale, că lasă senzaţii dureroase sau de tracţiuni persistente, precum şi că în cazul inflamaţiilor sau tumorilor maligne ale uterului favorizează, ca şi histeropexiile directe, invadarea peretelui abdominal.

Ligamentopexia inghinală. *Procedeul AIquiâ-Alexander-Adams* se efectuează prin ingizii inghinale, de cca. 7 cm, paralele cu arcada crurală; după secţiunea aponevrozei pe o sondă canelată introdusă prin orificiul inghinal extern, ligamentul rotund apare ca un cordon sau sub forma unor fibre disociate ce se împrăştie înspre muntele lui Venus şi în buzele mari. După izolarea sa pînă la orificiul inghinal intern, este tras puternic în afară şi este prins în sutură cu fire separate ce apropie tendonul conjunct de arcada crurală (fig. 519); excesul de ligament rotund poate fi excizat sau, cum făcea Juvara, secţionat în două şi înnodat, după ce fiecare capăt este trecut printr-un pilier al orificiului inghinal extern; aceleaşi fire, în 8, închid apoi aponevroza, pentru a consolida peretele ca la cura herniilor inghinale.

Operaţia nu cred că mai este folosită, deşi este simplă şi foarte ingenioasă; dar are dezavantajul că nedeschizînd peritoneul, nu permite controlul şi tratamentul leziunilor concomitente (aderenţe, leziuni anexiale, fibromioame) şi, în plus, foloseşte ligamentele rotunde în segmentul lor cel mai subţire şi lipsit de rezistenţă (uneori acesta nu este gâsit de cit ca o panglică disociata). Evident, tehnica nu poate fi folosită decît în retrodeviaţiile o singură indicaţie deosebită: coezistenţa unei hernii inghinale.

Ligamentopexia parietală. *ProcedeuI Doleris* (1898) are următorii

— *primul timp* este celiotomia mediană subombilicală sau incizia Pfan- nestiel;

— *al doilea timp*, după protecţia şi explorarea cîmpului operator este redresarea uterului;

—*al treilea timp* constă în trecerea unui fir de in sau nylon sub fiecare ligament rotund, cam la 3 cm de cornul uterin; ligamentele nu vor trebui fixate nici prea strîns sau prea sus (pentru a evita tracţiunile dureroase), dar nici prea larg sau prea jos (pentru a nu lăsa spaţii în care să se interpună o ansă intestinală). Fiecare fir este păstrat într-o pensă (fig. 520 A);

— *al patrulea timp* este trecerea acestor fire, care antrenează ligamentele rotunde, prin peretele abdominal (peritoneu, muşchii drepţi şi aponevroză, sau numai peritoneu şi muşchi). Pentru aceasta se traversează la două-trei laturi de deget deasupra marginii superioare a pubisului şi la 1 1/2 cm de linia mediană peretele abdominal cu bisturiul, pe lîngă care, înainte de a-1 retrage, se insinuează în butonieră o pensă Kocher (fig. 520 B), ce apucă şi trage firul şi ligamentul rotund de partea aceea; se repetă manevra, simetric, în partea opusă;

— *al cincilea timp* este sutura peritoneului şi a aponevrozei (fig. 520 C);

— *în al şaselea timp* se suturează ansele ligamentelor rotunde (fig. 520 D) şi, cum recomanda Bărdescu, se închide cît mai bine tunelul prin care au fost exteriorizate;

— *al şaptelea timp* este sutura tegumentelor.

Modificarea acestei tehnici adusă de Pellanda (1925) se pretează şi mai bine de a fi efectuată prin incizia Pfannenstiel; ea nu are nici dezavantajul de a lăsa inele, prin care ansele să se poată strangula. Această variantă constă în a trece, odată pelvisul explorat şi tratate leziunile eventual găsite, prin perete (muşchi şi peritoneu), de o parte şi de alta, o pensă razant cu marginea externă a muşchilor drepţi abdominali. Cu pensa se prinde firul încărcat la fel, sub ligamentele rotunde, dar la 5—6 cm de inserţia lor uterină; se verifică dacă tracţiunea ligamentelor rotunde, ce trec prin peretele abdominal, nu atrage şi trompa. Se închide peritoneul, se apropie prin cîteva fire muşchii drepţi; ansele ligamentare trecute prin planul muscular al peretelui abdominal se fixează de fiecare parte cu fire neresorbabile, la marginile externe ale muşchilor drepţi; pentru mai multă siguranţă firele ce închid aponevroza mai agaţă ligamentele fără a le strînge pe toată grosimea.

Ligamentopexia retrouterină. *Procedeul Baldy* (1908) comportă următorii timpi:

— *primul timp* este celiotomia mediană subombilicală sau incizia Pfannenstiel ;

— *al doilea timp*, după protecţia şi explorarea cîmpului, constă în prinderea uterului cu un histerolab sau două fire tractor şi tragerea lui în sus şi lateral pentru a pune în evidenţă un ligament larg (fig. 521); cu o pensă Kocher se perforează acest ligament dinapoi-înainte, în zona avasculară (în afara arcadei arteriale uterine şi dedesubtul ligamentului utero-ovarian);

— *al treilea timp* constă în prinderea cu această pensă a ligamentului rotund cam la 4 cm de cornul uterin şi tragerea lui prin butoniera făcută în ligamentul larg înapoia uterului; ultimii doi timpi se repetă simetric de partea opusă;

— *al patrulea timp* pune în contact ansele ligamentare; urmează sutura lor şi solidarizarea la peretele posterior uterin. Braude recomandă ca ansa să facă pe peretele uterin posterior un ochi larg, pentru a oferi o suprafaţă mai mare de contact şi suport (fig. 521 în cartuşul B);

— — *al cincilea timp* este închiderea peretelui abdominal.

Scurtarea intraperitoneală a ligamentelor rotunde. Reluînd şi perfecţionînd tehnicile propuse şi folosite de Wylis, Ruggi, Dudley, Ries, Sperling etc C. Stanca comunică următorul procedeu (fig. 522):

—*primul timp* este celiotomia mediană sau Pfannenstiel;

— *al doilea timp* constă în explorarea pelvisului şi tratamentul eventualelor leziuni găsite; se trece apoi cu acul prin grosimea ligamentului rotund drept cam la 4—5 cm de cornul uterin, apoi cu acelaşi fir neresorbabil, de Ia stîngă la dreapta prin uter, pe faţa lui posterioară cam Ia 2 cm sub fundul uterin şi prin ligamentul rotund stîng, simetric ca prin cel drept; prin înnodarea acestui fir, ligamentele rotunde sînt scurtate prin plicaturare şi fixate pe faţa posterioară a fundului uterin (ceea ce aduce uterul în anteversoflexie) (fig. 522 A şi B);

-—*al treilea timp* constă în a apropia pliurile peritoneale, ridicate de cudarea ligamentelor rotunde, cu două-trei fire pe faţa anterioară a uterului (fig. 522 C);

- *aI patrulea timp* **constă în fixarea** ligamentelor rotunde pe faţa posterioară a **uterului, cu încă cîte** un fir în dreapta şi în stîngă (dar la distanţă **de cel puţin 1,5 cm de emergenţa** trompelor şi a ligamentelor utero-ovariane, **pentru** a **nu le cuda sau comprima)** (fig. 522 D).

Un alt procedeu foarte simplu de scurtare a ligamentelor rotunde este cel propus de Mocquot (fig. 523); el constă în secţionarea, între ligaturi, a ligamentelor rotunde, cam la mijlocul lor şi clivajul foiţei peritoneale, înapoia ligamentului în segmentul distal şi înaintea lui, în segmentul proximal; apoi se fac cu fire separate, sutura celor două jumătăţi ale fiecărui ligament rotund care au fost aşezate în ţeavă de puşcă şi peritonizarea cu clapele peritoneale clivate.

Alte numeroase procedee de ligamentopexie folosesc fie tot ligamentele rotunde, fie ligamentele largi: procedeul Imlach. care face plicatura părţilor externe ale acestora; procedeul Toma lonescu[1] (fig. 524), care le scurta cu cîte un fir în U pus în mijlocul si imediat sub ligamentele rotunde. Alte procedee sc adresează ligamentelor utero-sacrate. scurtîndu-le sau apropiindu-le, ca în procedeul Frommel; ele sînt azi foarte rar întrebuinţate, iar descrierea lor ar încărca şi mai mult lista şi aşa lungă de procedee ce socotesc că trebuie doar amintite.

în sfîrşit, unii operatori preferă pentru suspensiunea uterului combinarea mai multor procedee, ceea ce complică intervenţia fără a-i înlătura vreun inconvenient sau a aduce vreun avantaj în plus. Aşa este de pildă « pluri- ligamentopexia» propusă de Sobre-Casas, care comportă:

— *într-un prim timp o* incizie curbă pe faţa anterioară a uterului; apropierea şi fixarea ligamentelor rotunde cu un fir în U sub aceasta, urmată de sutura buzei superioară a inciziei, cu partea orizontală a ligamentelor rotunde, «tunelizarea» lor, cum o numeşte autorul (fig. 525);

— *în al doilea timp* scurtarea ligamentelor utero-sacrate, unindu-le feţele interne cu cîteva fire, sau închizînd cu un fir în bursă Douglasul;

— *al treilea timp* constă în scurtarea ligamentelor largi şi ridicarea vezicii; pentru aceasta se rezecă un patrulater de seroasă peritoneală cu latura transversală de 5 cm şi înălţimea de 3 cm de pe faţa anterioară a istmului, se prinde apoi cu o pensă mijlocul lamboului inferior şi se decolează cu degetul sau compresa montată pe pensă, vezica de istm şi peretele vaginal; marginile laterale ale patrulaterului se apropie pe linia mediană, apoi toată suprafaţa este acoperită cu peritoneul vezical.

Toate tehnicile de ligamentopexie pot fi întărite printr-o plastie apone- vrotică, fie prin simpla acoperire a suturilor cu o grefă liberă prelevată din marginile inciziei aponevrozei abdominale, cum recomandă Sobre-Casas, fie prin artificiul propus de Dumadze (grefă de aponevroză sub peritoneul ligamentelor rotunde) (fig. 526).

Dar, de cînd se folosesc benzile de materiale plastice bine tolerate (cum sînt cele de mersilen), astfel de prelevări de aponevroză, generatoare de cicatrici suplimentare, lungirea intervenţiilor, etc. au fost părăsite chiar pentru operaţii mai temeinic indicate decît ligamentopexiile.

VEZICOFIXAŢTILE

Procedeul Werth, cel mai simplu, trece sagital două fire neresorbabile ce însăilează peritoneul de pe faţa anterioară a uterului şi de pe faţa posterioară a vezicii; înnodarea celor două fire duce la închiderea fundului de sac anterior al peritoneului.

Procedeul Pestalozza (1906) reduce fundul de sac anterior astfel: se incizează transversal peritoneul înaintea istmului şi se decolează lamboul inferior; se basculează apoi uterul în anteversie şi se fixează acest lambou pe fundul uterin cu 3—4 fire (fig. 527).

Ambele procedee sînt foarte rar întrebuinţate şi atunci cînd sînt, aceasta se face mai ales în scopul de a peritoniza faţa anterioară a uterului j într-adevăr, vezica însăşi are mijloace precare de susţinere, încît în nici un caz nu poate fi folosită pentru a fixa uterul, iar peritoneul foarte extensibil nu oferă o garanţie de soliditate.

S-a arătat că vezicofixaţia Halban (de fapt un procedeu similar acestora, pe cale vaginală) este recomandabilă pentru a fixa cît mai sus vezica, pe faţa anterioară a uterului în cazul cistocelelor însemnate şi incotinenţei relative de urină.

HISTEROPEXIILE SUSPENDATE

Procedeul Aburel sau « piramidalopexia» se sprijină pe:

— crearea unui lambou musculo-aponevrotic, din muşchii piramidali şi aponevroza ce-i acoperă, bine vascularizat şi inervat[32] (fig. 528), pentru a-i conserva viabilitatea şi rezistenţa; pentru aceasta, inciziile laterale, care delimitează lamboul aponevrotic, trebuie să rămînă departe de pubis cu 2—3 cm (fig. 529). Astfel, pe lîngă respectarea vascularizaţiei şi inervaţiei lamboului se ridică spre ombilic baza sa de inserţie la pereţii abdominali;

— fixarea vîrfului acestui lambou, deplasat în pelvis la istmul uterin în retrodeviaţii, sau şi la peretele vaginal anterior, prealabil decolat, în prolapsuri (fig. 529 B). Suspendarea uterului este întărită, pe lîngă lamboul piramidal, prin însăilarea ligamentelor rotunde şi a peritoneului vezico-uterin, prin aceasta peritonizîndu-se în acelaşi timp lamboul introdus în cavitatea peritoneală şi suprimîndu-se fundul de sac peritoneal anterior. Redăm tehnica piramidalo- pexiei, aşa cum a descris-o autorul.

— *Primul timp* este formarea lamboului musculo-aponevrotic; aceasta se face în condiţii optime prin incizie Pfannenstiel. Incizia transversală a aponevrozei se va face la 3 degete deasupra marginii simfizei pubiene, pentru a depăşi vîrful muşchilor piramidali şi a-i putea decola de muşchii drepţi, odată cu porţiunea aponevrotică inferioară, pe care ei se inseră; lamboul piramidal se taie numai după ce s-a făcut incizia transversală a aponevrozei, pe toată întinderea ei, şi după ce buzele aponevrotice au fost decolate (cea inferioară pînă la simfiză, cea superioară pînă la ombilic). Pentru formarea lamboului, punem în tensiune buza aponevrotică inferioară, prinzînd-o cu o pensă Kocher de mijlocul ei; cu un depărtător Farabeuf reclinăm spre simfiză tegumentele şi ţesutul subcutanat adipos tot pe linia mediană, dar cu foarfecele curb denudăm faţa anterioară a viitorului lambou piramidal; două crestături, cu foarfecele (al căror terminus rămîne la 2—3 cm departe de simfiză) delimitează apoi la dreapta şi la stîngă lamboul, care va avea 2 cm lăţime şi 2—3 cm înălţime (fig. 530 A). Lamboul musculo-aponevrotic (sau numai aponevrotic în cazurile excepţionale de lipsă a muşchilor piramidali) se poate crea şi mai tîrziu, în cursul operaţiei, după aplicarea depărtătorului abdominal şi controlul leziunilor.

[32] Vascularizaţia lamboului provine din artera şi vena subpubiană, ramuri ale vaselor epigastrice, iar inervaţia lui din nervii abdomino-genitali (fig: 528).

Dacă pentru operaţie se foloseşte incizia mediană, lamboul se confecţionează cînd se face secţiunea aponevrozei: două depărtătoare Farabeuf desfac buzele cutaneo-grăsoase ale plăgii, o pensă Kocher reperează viitorul vîrf al lamboului, iar cu un foarfece îl delimităm lateral (într-una din părţi pînă Ia pubis, pentru a mări cîmpul operator) (fig. 530 B).

— *Al doilea timp* este fixarea lamboului la organele genitale; aceasta se face în mod deosebit, în următoarele eventualităţi:

— în retroversiile simple sau asociate cu prolaps de gradul I, vom face numai o histero-piramidalopexie. Se pune un prim fir lung de catgut (de pre ferinţă cromat), care va încărca vîrful lamboului piramidal şi apoi istmul uterin, jumătate cm sub unghiul de flexie, fără nici o deperitonizare (fig. 531), dar după prealabila verificare, că vîrful lamboului juxtapus cu o pensă la istm, poate ridica bine uterul. Acest prim fir din fig. 531 nu îl vom înnoda, decît după ce am pus şi firul al doilea, care va încărca următoarele elemente: ligamentul rotund drept, la 2 cm de inserţia uterină; peritoneul de pe faţa anterioară a ligamentului larg şi de pe vezică (paramedian); faţa anterioară a lamboului piramidal la 1 cm de vîrf; apoi, paramedian, în stînga vom încărca peritoneul vezical, faţa anterioară a ligamentului larg stîng şi ligamentul rotund respectiv la 2 cm de inserţia uterină; în sfîrşit, peretele uterin Ia 0,5—1 cm deasupra unghiului de flexie (fig. 531 II). La femeile tinere ce doresc copii, firul al doilea nu va încărca peretele uterin decît la 1/2 cm deasupra unghiului de flexie. Vom înnoda acum primul fir, care va fixa vîrful lamboului la istm (vezi fig. 529), vom înnoda apoi al doilea fir, care va peritoniza lamboul şi va fixa la istm, deasupra unghiului de flexie uterin, lamboul piramidal şi elemente complementare de susţinere, ca ligamentele rotunde şi plicaturarea peritoneului vezical (fig. 532);

— în retroversii asociate cu retroflexii vom proceda exact ca mai sus, avînd grijă, însă, ca firul prim să încarce istmul la 1/2 cm sau chiar la 1 cm sub unghiul de fiexie, iar firul al doilea să încarce faţa anterioară a uterului la cel puţin 1 cm deasupra unghiului de fiexie. In felul acesta, cînd vom înnoda firele, lamboul va redresa uterul şi îl va menţine ca o atelă (fig. 529);

—

— în prolapsul de gradul al II-lea şi al III-lea, tehnica este ceva mai dificilă, trebuind realizată o colpohisteropiramidalopexie. în prealabil, vom decola la maximum vezica de pe peretele vaginal anterior, apoi pensînd acest perete succesiv, cu pense uterine, şi îndepărtînd vezica cu o valvă Doyen, se continuă decolarea cît mai mult. Vom evita apropierea de marginile laterale, vasculare ale vaginului care pot sîngera. După ce, mai întîi, vom verifica şi ajusta vîrful lamboului piramidal, pentru ca el să poată ridica bine punctul cel mai decliv al peretelui vaginal (fig. 529 B), se pune un prim punct de catgut lung pe vîrful lamboului şi apoi, pe punctul cel mai decliv al vaginului, fără a-1 transfixia, încărcînd peretele vaginal pe toată lăţimea (fig. 533^ A). Un al doilea fir în spirală, tot netransfixiant, plicaturează peretele vaginal între primul fir şi colul uterin, încărcînd apoi şi lamboul piramidal la 1 cm de vîrf. Un al treilea fir va încărca ligamentul rotund drept, peritoneul vezical paramedian la dreapta, faţa superioară a lamboului piramidal lîngă bază, peritoneul vezical paramedian la stîngă, ligamentul rotund corespunzător şi faţa anterioară uterină la 1 cm deasupra pliului de flexie (fig. 533 B). Acest fir de peritonizare se va înnoda, numai după legarea prealabilă a firelor 1 şi 2.

Cînd prolapsul genital sau chiar retroversia se însoţeşte de incontinenţă urinară, care nu cedează la tratamentul medical, Aburel recomanda să se procedeze ca la prolapsul de grad ul al-ll-lea şi al III-lea, uccolînd însă. vasinul de vezică, pînă la colul vezical (pînă ce degetul poate repera «ciuperca» unei sonde Pezzer, introdusă în prealabil în vezică).

Primul fir, care va căuta să unească vîrful lamboului piramidal cu punctul cel mai decliv al peretelui vaginal decolat, va ridica colul vezical şi îl va susţine. Este necesară, în prealabil, verificarea lungimii lamboului piramidal, pentru a ridica bine şi fără tensiune exagerată, peretele vaginal şi colul vezical ce îi aderă.

— *Al treilea timp* este refacerea pereţilor abdominali, cu consolidarea bazei lamboului şi completarea peritonizării lui. Aceasta se face în modul următor: firul de jos, care suturează muşchii drepţi, încarcă muşchiul şi peritoneul de la dreapta, baza lamboului piramidal, apoi peritoneul şi muşchiul drept din stînga; astfel, baza lamboului se fixează şi se suspendă la muşchii drepţi, iar peritoneul apropiat completează peritonizarea lamboului. Cîteva fire musculo- peritoneale completează afrontarea muşchilor drepţi pînă la ombilic. La suturarea buzelor aponevrozei abdominale în Pfannenstiel (fig. 534 A), se pune un fir în treflă median, iar al doilea fir, care închide breşa aponevrotică lăsată de . tăierea lamboului, încarcă în acelaşi timp baza lamboului piramidal. O serie de fire completează apoi sutura. Dacă s-a făcut laparotomie mediană, firul de la ^nivelul bazei lamboului, cînd suturează buzele aponevrozei, încarcă şi baza lamboului piramidal, pentru a-1 suspenda solid la 2—3 cm deasupra simfizei pubiene (fig. 534 B). Nimic deosebit în restul suturării peretelui.

ALTE PROCEDEE

Iacobovici a propus două procedee de « mio-histero-pexie». Primul consta în suspendarea uterului cu micul psoas sau, cînd acesta nu există cu fascicule din marele psoas. Al doilea procedeu constă în suspendarea uterului cu două lambouri din muşchii drepţi abdominali; lambourile, cărora li se conservă inserţia pubiană, se suturau ca o chingă pe faţa posterioară a uterului (după ce se treceau prin grosimea ligamentului larg la nivelul istmului). Ambele procedee sînt azi de domeniul istoriei, fiind foarte complicate, iar lambourile musculare sclerozîndu-se şi fiind chiar expuse atrofiei; primul procedeu mai are dezavantajul că adesea micul psoas nu poate fi găsit, iar al doilea procedeu, că formează o chingă inextensibilă periuterin.

Halbart a folosit, pentru suspendarea uterului, două lambouri aponevrotice (din teaca drepţilor abdominali); procedeul are aceleaşi inconveniente (autorul însuşi recunoaşte că nu a efectuat această operaţie decît de două ori, indicaţia şi condiţiile ei de efectuare fiind cu totul excepţionale). Şi la noi în ţară, Marin Popescu a prezentat un procedeu similar, numai că benzile de aponevroză nu le trece pe sub istmul uterin, ci ca să nu comprime vascularizaţia, chiar prin grosimea corpului uterin (între marginile lui laterale şi zona în care s-ar putea întîlni cavitatea uterină). Şi acest procedeu are dezavantajul de a nu putea fi efectuat înainte de menopauză fără a steriliza femeia, iar în aceste condiţii, operaţiile pe cale vaginală se sprijină pe principii, a căror superioritate nu mai trebuie subliniată şi sînt mai puţin şocante.

Dar şi în materie de histeropexie suspendată numărul procedeelor propuse este extrem de mare; ele folosesc benzi unice sau duble de aponevroză prelevată din teaca drepţilor, libere în cavitatea abdominală, sau peritonizate (prin trecerea lor sub peritoneul vezical), pediculate suprapubian, sau subombilical; unele suspendă uterul la peretele abdominal anterior, altele la promontoriu.

Astfel, printre altele sînt procedeele propuse de: Ballade şi Trevoux, Diamant-Berger şi la noi în ţară de I. Sava.

Pe toate, apariţia benzilor de material plastic siliconat, foarte bine tolerate, le-a înlăturat din practica curentă.

Un ultim procedeu asupra căruia am vrea să mai insistăm este cel pe care l-am propus sub numele de «*piramidalopexie extra-peritoneală*». Acesta, credem că este mai bine adaptat cerinţelor principiale, fiindcă poate fi folosit în caz de prolaps urogenital la femeia tînără, cazul cel mai frecvent şi mai greu de tratat, fără a o expune nici la neplăceri în cursul unei eventuale sarcini sau naşteri, nici la recidiva prolapsului după aceasta (cel puţin în ce priveşte tulburările urinare, pe care le combate în aceeaşi măsură, ca şi operaţiile de tip Goebbel-Stoeckel sau Aldridge). Faţă de piramidalopexia Aburel de la care se inspiră, are avantajul că nu deformează vezica, reduce cistocelul şi corectează incontinenţa relativă de urină; faţă de procedeele Goebbel-Stoeckel şi Aldridge, are avantajul că nu predispune la strictură, ridicînd şi comprimînd uretra prin intermediul istmului şi colului uterin, nu direct (în ipoteza că scleroza secundară ar scurta transplantul musculo-aponevrotic, uretra nu va fi deci obstruată).

Pentru efectuarea acestei intervenţii, în cele mai bune condiţii propunem operaţia abdomino-perineală simultană în două echipe; ea poate fi efectuată la nevoie şi de o singură echipă, succesiv pe jos şi pe cale abdominală.

Iată timpii principali ai acestui procedeu:

— *Primul timp* este incizia sagitală a peretelui vaginal anterior, pînă la peretele vezicii, decolarea lambourilor vaginale de vezică şi a vezicii de uter (urmată eventual de înfundarea în bursă a diverticulului vezical); simultan, pe cale înaltă, se poate face incizia Pfannenstiel, şi tăierea lamboului musculo- aponevrotic, ca la piramidalopexie, numai că după confecţionarea lamboului, acesta va fi secţionat pe Muia mediană pînă aproape de simfiză (fig. 535).

— *Al doilea timp* este disecţia *fasciei* vezico-vaginale de pe lambourile decolate: acestea sînt puse în tensiune cu cîte două-trei pense Kocher şi cu bisturiul se clivează ţesutul conjunctiv dens de pe faţa internă a lamboului (fig. 536); de îndată ce s-a găsit spaţiul de clivaj între mucoasa vaginală şi *fascie* (un altul nici nu există), se insinuează foarfecele bont şi curb (cu vîrful spre vagin), cu care se continuă foarte uşor decolarea, introducîndu-1 închis şi scoţîndu-1 după ce a fost deschis (vezi fig. 485 B); apoi se introduce degetul în acest spaţiu şi se pătrunde, cu o surprinzătoare uşurinţă, pînă înapoia simfizei (fig. 537). Dacă lamboul musculo-aponevrotic a fost secţionat pe linia mediană se repetă aceleaşi manevre şi pe partea opusă. Simultan, pe cale abdominala, se poate deschide şi explora cavitatea peritoneală (mai ales cînd şi alte intervenţii par necesare: miomectomie, apendicectomie, ligamentopexie etc.).

— *Al treilea timp* constă în a introduce retrograd, de sus în jos, un deget prin tunelul creat, deget ce va călăuzi o pensă clampă, ce se introduce de jos în sus, pentru a prinde şi coborî lamboul (fig. 538).

— *Al patrulea timp* este sutura «în palton» a fasciei vezico-vaginale şi ataşarea lamboului sau lambourilor musculo-aponevrotice cu cîte un fir neresorbabil pe istmul uterin, sub joncţiunea cisto-uretrală (al cărui diverticul a fost precum s-a spus în prealabil înfundat în bursă); în fine, se suturează, după rezecţia excesului de mucoasă, peretele vaginal anterior. Simultan, se închide plaga abdominală (ca după piramidalopexie).

- *Al cincilea timp* este colpo-perineorafia posterioară. Acestui procedeu i se poate reproşa că nu corectează retro verso flexia uterină; dar, pe de o parte, pentru cura acesteia, nici nu este nevoie de astfel de operaţii, iar cînd tulburările imputabile retrodeviaţiei coexistă prolapsulu uro-genital, se poate adăuga, în timpul abdominal, o ligamentopexie de tipul Baldy sau Stanca.

In fine, procedee de fixare mai pot fi necesare, cu scop profilactic sau curativ după histerectomiile subtotale sau totale. Astfel, Orsoni, inspirîndu-se poate din procedeul Burch, propune suspensia colului sau a domului vaginal cu şireturi de material plastic, de preferinţă siliconat, de 4 mm lărgime şi 1 mm grosime, la ligamentele Cooper.

După descoperirea ligamentelor Cooper (vezi tehnica J. Burch la fig. 499—502) se trece un fir gros de nylon cu un ac foarte curb, de sus în jos; cu acesta, sau se fixează sau se trage şiretul la/sau prin ligamentul Cooper, după ce a fost trecut cu o pensă curbă, pe sub peritoneul, care mai separă inciziile de punere în evidenţă a ligamentelor Cooper, de bontul vaginal sau de colul uterin (fig. 539).

Tensiunea şiretului este dozată sub controlul vederii operatorului; se sec- ţionează şiretul în exces şi se procedează la peritonizare tip Delvaux (în bursă dc-o parte şi de alta a colului sau a bontului vaginal), astfel ca bandeleta să rămfnft in totalitatea sa extraperitoneală.

EXCLUDEREA FUNDULUI DE SAC PERITONEAL POSTERIOR

Marian (1904) a recomandat sub numele de cloazonarea Douglasului, obturarea fundului de sac peritoneal posterior prin însăilarea a două-trei burse etajate (vezi fig. *492).* Operaţia nu-şi mai păstrează indicaţia princeps (prolapsul nuliparelor), dar rămîne indicată, ca timp complementar, în cadrul intervenţiilor ginecologice pe calc abdominală, pentru prevenirea sau cura chirurgicală a

clitrocelului (cu condiţia refacerii pc jos a planşeului pelvi-perineal), precum şi pentru intervenţia preconizată în sindromul Masters şi Allen.

Incidcnte şi accidente posibile sînt lezarea rectului sau ureterelor, uşor de prevenit cînd însăilarea burselor se face cu grijă, fără a încerca să se încarce prea mult din ligamentele utero-sacrate şi se folosesc instrumente potrivite (pense şi portac foarte lungi, ace curbe cu diametrul de 35 mm).

Douglasectomia preconizată de *Jamain şi Letessier* (1962) constă în rezecţia fundului de sac peritoneal posterior, urmată de sutura feţelor interne a ligamentelor utero-sacrate şi peritonizarea spaţiului rămas după ablaţia pungii peritoneale:

— *Primii timpi* ai intervenţiei (deschiderea peretelui abdominal, liberarea eventualelor aderenţe, trecerea unor fire tractor prin uter, explorarea foiţelor posterioare a ligamentelor largi şi a Douglasului) fiind efectuaţi, se trece la incizia peritoneului într-una din fosele latero-rectale (fig. 540 A). Pentru aceasta, cu două pense anatomice se ridică un pliu care se incizează cu foarfeca lungă curbă; aceasta este apoi insinuată sub peritoneu, pe care îl decolează şi incizează în direcţia feţei posterioare a istmului uterin (foarfeca trebuie să rămînă pe tot parcursul operaţiei vizibilă prin transparenţa peritoneului). Decolarea progresează dinapoi înainte şi de sus în jos, reperînd ureterele pe peretele pelvian, la distanţă de planul disecţiei (fig. 540 B). La nivelul istmului uterin, pe care peritoneul aderă mai intim, disecţia se face ca la histerectomia totală, cobo- rînd de o parte şi de alta a liniei mediane, pînă se cade pe pu(in ţesut gras, gălbui, ce indică c& s-a ajuns în Douglas. Clivajul se întoarce de jos în sus pe faţa anterioară a rectului, încărcînd pe degetele mîinii stîngi sacul peritoneal, cum se disecă sacul herniar; apariţia unei sînger&ri indică o apropiere excesivă de musculoasa rectală. După rezecţia lamboului peritoneal se pot corecta, cînd este cazul, elementele sindromului Masters şi Allen (vezi fig. 541 -542), adică foiţa posterioară a ligamentelor largi, dar autorii recomandă ca timp esenţial scurtarea prin acolarea fetelor lor interne a ligamentelor utero-sacrate, ceea ce constituie şi un plan suplimentar între planşeul pelvian şi peritoneal (fig. 540 C).

Ultimul timp este peritonizarea cu fire separate de nylon, începîndu-se pe linia mediană şi apropiind faţa anterioară a rectului de fata posterioară a uterului (fig. 540 D). Drenajul nu este absolut necesar, dar previne colecţiile •ero-hematice cînd suprafeţele deperitonizate au avut tendinţa s& zemuiască.

Procedeul are unele avantaje: lasă uterul redresat, suprimă sacul herniar din «puţul» ce a devenit Douglasul, în caz de elitrocel, permite alipirea ligamentelor utero-sacrate prin feţele lor interne, avasculare şi fără structuri nervoase, şi fereşte de lezarea ureterelor etc.), dar este o intervenţie delicată şi în cazurile cu sîngerare mai mult decît moderată, chiar dificilă; aceasta a făcut probabil pe Bret şi Bardiaux (în 1965) să propună o tehnică de excluderea Douglasului, în care după o incizie peritoneală similară (ca o cupă de carte de joc cu vîrful spre uter) decolează prin insinuare şi deschiderea foarfecii numai cca. pe 2 cm foiţa peritoneală; apoi lăsînd pe loc peritoneul existent în Douglas, suturează de o parte şi de alta a rectului marginile superioare ale inciziei, iar între rect şi istmul uterin marginile laterale (la nivelul istmului terminîndu-se sutura printr-o porţiune transversală, astfel că în totalitate sutura peritoneală ia forma secţiunii unui pahar de apă cu picior; paharul înconjoară rectul, piciorul intră între rect şi uter şi tălpica pe istmul uterin).

Şi acest ultim procedeu îşi propune ca între incizia şi sutura peritoneului să verifice existenţa elementelor sindromului Masters şi Allen şi să le corecteze. Aici am socotit de aceea oportun să încheiem cu cîteva rînduri asupra acestui sindrom, azi clasic, şi corectarea lui chirurgicală.

Sindromul Masters-Allen, descris în 1955, este dat de ruptura traumatică a bazei ligamentelor largi (produsă cel mai adesea de o naştere) şi se caracterizează în clinică prin mobilitatea exagerată a colului, o retroversie uterină dureroasă (însoţită de o serie de tulburări funcţionale consecutive congestiei utero-anexiale) şi care cedează spectaculos la reconstituirea chirurgicală a ţesuturilor dislocate; operaţie simplă, dar minuţioasă.

într-adevăr, de obicei antecedentele obstetricale nu lipsesc printre elementele anamnestice ale acestui sindrom (făt mare, travaliu precipitat etc.), dar fenomenele dureroase pot apare, după un timp mai mult sau mai puţin lung; excepţional poate apare şi după unele avorturi spontane survenite în al doilea trimestru de sarcină, sau’chiar la nulipare şi virgine.

Un alt element de diagnostic şi indicaţie îl constituie acuzele funcţionale: dureri pelviene (spontane, difuze, iradiate în abdomen şi regiunile lombosacrate, accentuate de efort şi ortostatism), dispareunie (profundă şi de durată) şi astenia psihofizică (pînă la adevărate stări nevrotice). în fine, hotărîtoare este triada clinică obiectivă: retroversie uterină dureroasă, tactul vaginal foarte dureros şi mobilitatea exagerată a colului (descrisă de Masters şi Allen ca « Universal joint cervix» şi evocînd, pentru Sîrbu, semnul Hegar din primele luni de sarcină).

Bilanţul leziunilor, efectuat intraoperator, confirmă diagnosticul: uterul retroversat, mărit de volum, are o culoare violacee; ovarele mărite, sînt prola- bate şi prezintă chisturi foliculare; se găseşte în micul bazin o serozitate san- guinolentă (50—80 ml); leziunea tipică interesează baza ligamentelor largi, ce prezintă modificări ale foiţei peritoneale posterioare, ale ţesutului conjunctiv parametral şi ale venelor uterine.

Masters şi Allen au descris la acest nivel ruptura, de obicei verticală, a foiţei posterioare a mezosalpinxului (între marginea laterală a uterului, cam la nivelul istmului şi peretele pelvian) (fig. 541 A); uneori leziunea peritoneului

este deopotrivă de întinsă cu cea a fasciei subiacente; alteori este minimă sau mult mai puţin importantă decît soluţia de continuitate a ţesutului conjunctiv, ale cărei margini se retractă, încît se găseşte intraoperator o subţiere a foiţei peritoneale (prin transparenţa căreia se văd venele uterine ectaziate şi dedesubtul căreia apare fie o adîncitură creată de dispariţia ţesutului fibrocelular, fie o veritabilă cicatrice pe foiţa peritoneală dispusă în evantai sau în formă de stea). Leziunea tipică semnalată pentru prima dată de Masters şi Allen şi care explică şi retroversia uterină dureroasă este dispariţia (prin dilacerare urmată de retracţie) a ţesutului conjunctiv din baza ligamentelor largi; de asemenea tot aşa de importantă este dilataţia varicoasă a venelor uterine (datorită tot dispariţiei suportului conjunctiv propriu tecii hipogastrice).

Cura chirurgicală a sindromului constă în reconstituirea continuităţii fasciei subseroase; după eventuala eliberare de aderenţe (salpingolizis), dacă există o breşă peritoneală se disecă cu grijă marginile ei (mai ales grijă pentru artera uterină şi ureter; dar nu trebuie omis, că cea mai mică lezare a unei varicozităţi duce la hematoame rapid extensibile). Dacă peritoneul pare indemn, sau este cicatricial se face o incizie (fig. 541 B) pentru a cădea pe planul subperitoneal ce trebuie refăcut cu fire separate sau în X de nylon sau de catgut cromat (fig. 542 A). Chiar cînd de partea opusă peritoneul şi ţesutul celulofibros subiacent par îndemne, operaţia se face bilateral (fig. 542 B).

Masters şi Allen recomandă asocierea acestui timp de refacerea parame- trelor cu închiderea Douglasului, sau o ligamentopexie pentru corectarea retroversiunii uterine. Cînd fundul de sac Douglas este deosebit de larg şi profund şi cu atît mai mult în cazurile cu elitrocel asociat este de recomandat excluderea Douglasului sau Douglasectomia (vezi fig. 540).

2. OPERAŢII PE CALE VAGINALĂ

Dintre operaţiile plastice şi reparatoare ce folosesc calea vaginală şi sînt adresate curei prolapsurilor genitale, se pot izola cîteva procedee tip, din a căror combinaţie reiese majoritatea variantelor. Aceste intervenţii întrunesc preferinţele celei mai mari părţi a ginecologilor moderni, fiind socotite pe bună dreptate ca metode de elecţie cel puţin pentru tratamentul chirurgical al prolapsurilor la femeia trecută de menopauză. Unele dintre ele, însă, au fost foarte puţin cunoscute şi executate la noi în ţară; credem că acesta este un motiv în plus, pentru a le face loc aici.

Procedeele cele mai curent folosite sînt:

1. *Tripla operaţie pe cale joasă,* care asociază colporafia anterioară, amputaţia de col şi colpo-perineorafia posterioară (ai căror timpi au fost descrişi) ca şi operaţia de la Manchester şi operaţia Halban, care combină primii doi timpi ai «triplei operaţii pe cale joasă».
2. *Plicatura parametrelor.*
3. *Interpoziţia vezico-vaginală a uterului.*
4. *Colpectomia urmată de colpopleizis total sau parţial*
5. *Histerectomia subtotală, totală şi colpohisterectomia pe cale vaginală.*
6.

TRIPLELE OPERAŢII PE CALE JOASĂ OPERAŢIA DE LA MANCHESTER

Descris de pe la începutul secolului, procedeul lui W. E. Fothergill a fost folosit o bună bucată de vreme aproape cu exclusivitate de şcoala ginecologică de la Manchester (de aceea îi şi poartă numele). Calităţile plastice şi reparatoare ale operaţiei au impus-o însă în ultima vreme, cu deosebire în cazurile de prolaps moderat (de gradul I şi al II-lea) şi mai ales cînd prolapsului i se asociază alungirea hipertrofică a colului uterin.

Ideea originală a procedeului este de a se detaşa pe o largă întindere, inserţia vaginală de pe col, deplasînd astfel cît mai sus «punctul fix» al susţinerii uterine şi întărind fixarea prin sutura dinaintea uterului, a bazei ligamentelor cardinale, elementul de susţinere cel mai solid. Acestea retractîndu-se după ce au fost secţionate, vor trage şi colul înapoi, asigurînd astfel ridicarea şi fixarea uterului, iar pe de altă parte, corectarea retropoziţiei (care favorizează, sub influenţa presiunii abdominale şi a gravitaţiei, telescoparea uterului în vagin).

Mijlocul pe care W. E. Fothergill 1-a folosit a fost combinarea amputaţiei de col, cu colporafia anterioară (operaţii ce se executau şi se execută şi acum separat în prolapsul genital); avantajul stă în faptul că amputaţia însăşi realizează dezinserarea vaginului, iar asociaţia ei cu incizia peretelui vaginal anterior permite expunerea mai bună a ligamentelor cardinale.

Operaţia este indicată în rupturile de perineu cu descens uterin sau hipertrofie de col (cavitate uterină de peste 8 cm la histerometrie), precum şi în prolapsurile moderate, dar poate fi întrebuinţată, la femei bătrîne, de pildă, procedeul Fothergill fiind foarte puţin şocant, şi în prolapsul complet. Desigur, o condiţie este ca operaţia să se execute după vîrsta, în care femeia ar mai putea să aibă copii; se ştie că amputaţia de col lasă o cicatrice, ce poate fi o cauză de sterilitate, de avort, sau poate împiedica naşterile ulterioare pe căile naturale. Totuşi, Shaw pe o statistică de 857 de operaţii (dintre care numai 257 sub 40 de ani), a găsit 33 femei care au rămas gravide după operaţie, iar Hunter are o statistică de 45 de naşteri la femei operate cu procedeul Fothergill (dintre acestea, 32 au putut naşte pe căi naturale), dar şi 11 operate care au totalizat 27 de avorturi.

— *Primul timp* al operaţiei: se prinde colul cu o pensă Museux de buza anterioară sau cu fire tractor; dilataţia canalului cervical (pentru a facilita trecerea firelor şi efectuarea suturilor).

— *Al doilea timp:* incizia rombică a peretelui vaginal (fig. 543 A) circumscrie colul mai sus sau mai jos, după gradul de hipertrofie a porţiunii intra- vaginale, după întinderea cervicitei sau a rupturilor de col; nu este însă de dorit să se facă în chip sistematic o amputaţie prea înaltă, deoarece planşeul pelvi-perineal oferă uterului un suport mai bun, dacă o porţiune din col, proiectat în bolta vaginală şi făcînd un unghi oarecare cu corpul uterin, poate să se sprijine pe el. Desigur, operaţia se poate efectua deopotrivă începînd cu o incizie Crossen (vezi fig. 482) continuată apoi prin decolare cu foarfeca pe linia mediană, pînă sub meatul uretral; imediat sau după decolarea lambourilor vaginale (vezi colporafia anterioară) se continuă incizia de jur împrejurul colului.

— *Al treilea timp* — disecţia lamboului (fig. 543 B), cu foarfecele sau bisturiul, la început, pînă se cade în spaţiul de clivaj, apoi cu o compresă montată pe deget. Marginile mucoasei vaginale sînt împinse lateral (pînă ce depăşesc marginile uterului), mai ales în partea juxta-cervicală a inciziei.

— *Al patrulea timp:* se disecă vezica de colul şi istmul uterin, apoi se împinge vezica, tot cu compresa montată pe deget, pînă ce se poate pune în evidenţă fundul de sac peritoneal vezico-uterin (fig. 543 C).

— *Al cincilea timp* — se ridică cu pensa Museux, montată pe el, colul şi se disecă mucoasa la nivelul inciziei, pe faţa lui posterioară pînă la fundul de sac Douglas care se împinge cît mai sus cu compresa (este preferabil să nu fie deschis în acest moment). Dacă există o hernie a fundului de sac posterior (elitrocel) se deschide Douglasul şi se înfundă în bursă, apoi se excizează excesul peritoneal, şi se reunesc feţele interne ale ligamentelor utero- sacrate cu puncte separate de sutură.

— *Al şaselea timp* — se decolează mucoasa vaginală şi lateral de pe col, apoi se plasează cîte o pensă hemostatică solidă de fiecare parte a colului (cam la nivelul liniei de amputaţie), pe baza ligamentelor cardinale; aceste pense prind ramurile cervicale ale arterei uterine. Se secţionează şi se pun ligaturi, apoi se scot pensele (fig. 544 A).

— *Al şaptelea timp* — amputaţia colului se face cu bisturiul fără prea multă sîngerare, sub aceste ligaturi (fig. 544 B).

— *Al optelea timp*—acoperirea bontului cervical cu lamboul vaginal posterior se face folosind noduri Sturmdorf (fig. 544 C), sau puncte separate de sutură, aşezate radiar în jurul noului orificiu (fig. 545 A).

— *Al noulea timp* — se plicaturează diverticulul cisto-uretral cu 1—2 rînduri de suturi (după cît de remarcabil a fost cistocelul). Un timp foarte important al operaţiei este sutura ligamentelor cardinale pe faţa anterioară a colului şi istmului (fig. 544 D). Sutura mucoasei vaginale în partea inferioară a plăgii se face aşa ca firul să încarce şi ligamentele cardinale ce se vor uni dinaintea colului (vezi fig. 545 A); se încarcă în ac mucoasa vaginală de partea stîngă şi ligamentul cardinal respectiv, se trece acul prin faţa anterioară a colului, ceva mai sus, apoi se încarcă ligamentul cardinal drept şi mucoasa de partea aceasta. Capetele firului se montează pe o pensă, de care se trage pentru a evidenţia ţesuturile şi se aşază deasupra lui un al doilea fir similar. Este important ca legarea celor două fire să se facă de operator înfundînd degetele în vagin, pînă la poziţia în care colul va trebui să rămînă (fig. 545 B). Dacă operaţia Fothergill se combină cu interpoziţia vezico-vaginală, aceasta din urmă se face, după ce s-au pus suturile pe ligamentele cardinale, dar înainte de a lega firele; de asemenea, dacă operaţia se combină cu vezico-fixaţia Halban, tot în acest moment se exteriorizează uterul şi se pun cele două rînduri de fire.

Refacerea peretelui vaginal anterior se continuă apoi de jos în sus, cu fire separate (trecînd unul din două fire şi prin peretele uterin, pentru a reduce spaţiul mort) (fig. 545 C).

— *Al zecelea timp* — operaţia se termină printr-o colpo-perineorafie posterioară după tehnica obişnuită (cu atît mai înaltă, cu cît bolnava este mai înaintată în vîrstă).

Se introduce un cateter în vezică, pentru a o goli de urină şi a-i controla integritatea.

Cu toată originalitatea incontestabilă, se poate considera, ca variantă de tehnică, operaţia propusă de Halban.

-*Procedeul Halban* (vezi fig. 485), diferenţa constă în faptul că nu se suturează ligamentele cardinale, pentru a fixa colul uterin amputat în noua poziţie, ci cum s-a mai arătat, se decolează fascia vezico-vaginală de pe peretele vaginal anterior şi vezică, iar după refularea în sus a acesteia din

urmă, se suturează sub ea, cu fire trecute şi prin uter, mai întîi fascia plica- turată, apoi peretele vaginal. Rezultatele publicate de diverşi autori cu aceste două tehnici sînt foarte similare, cu singura deosebire că operaţia Halban, mai sîngerîndă, este grevată de o morbiditate ceva mai mare decît operaţia de la Manchester.

PLICATURA PARAMETRELOR

Scurtarea parametrelor prin plicatura pe cale vaginală şi unirea lor în faţa colului a fost descrisă de chirurgul rus Aleksandrov din 1903; tehnica reluată şi pusă la punct de Crossen (1930) are următorii timpi:

— *Primul timp* — este separarea peretelui vaginal de vezică: se practică o mică incizie transversală, imediat deasupra colului, în care se înfundă un foarfece bont; se deschide foarfecele şi se retrage deschis, decolînd peretele vaginal, care apoi se

incizează pe linia mediană. Se repetă de cîteva ori această manevră, pînă se ajunge în regiunea tuberculului suburetral; manevra nu este periculoasă pentru vezică, dacă foarfecele este îndreptat cu vîrful spre peretele vaginal (vezi fig. 482 şi 483).

Decolarea laterală a lambourilor este completată uşor cu compresa montată pe deget; ea trebuie urmărită pînă ce cistocelul a fost în întregime degajat şi vezica poate fi prinsă între degete.

— *Al doilea timp* — este separarea vezicii de uter; se începe secţionînd razant cu colul tracturile conjunctive, care le unesc, după care vezica poate fi uşor desprinsă cu o compresă sau cu foarfeca boantă (îndreptată acum cu vîrful în jos, spre uter) pînă la nivelul fundului de sac peritoneal anterior (fig. 483).

—- *Al treilea timp* — este expunerea bazei ligamentelor largi, pentru care este nevoie de a decola încă peretele vaginal (cu fascia) de pereţii laterali ai colului, cu o compresă după ce s-a secţionat vaginul, la inserţia lui pe col, pînă la marginile laterale ale acestuia.

— *Timpul al patrulea* — constă în rezecţia excesului de perete vaginal de fiecare parte, atît cît să permită sutura fără tensiune; în general se secţionează în linie dreaptă de la marginea laterală a colului la tuberculul suburetral (fig. 546 A).

— *Timpul al cincilea* — constă în punerea firelor pe parametre: Crossen pune două fire de catgut cromat, dar se pot folosi şi fire de nylon, dar destul de departe de col, pentru a putea uni un ligament cardinal cu cel din partea opusă înaintea colului. Fiecare fir prinde un parametru, faţa anterioară a colului şi parametrul de partea opusă (fig. 546 B). Firele nu se înnoadă încă şi se prind cu cîte o pensă.

— *Timpul al şaselea* — se pun firele (2 la număr) care ridică inserţia fasciei pe uter. De fapt aceste fire prind şi peretele vaginal odată cu fascia. Aşa că este vorba de o vaginofixaţie înaltă pe faţa anterioară a uterului, în acelaşi timp cu scurtarea fasciei vezico-vaginale. Firele trec prin peretele vaginal (cam la unirea 1/3 medii cu 1/3 profundă a vaginului), Iuînd sprijin şi în peretele anterior al corpului uterin, chiar sub fundul de sac peritoneal (bine îndepărtat cu o valvă). Aceste două fire trebuie să fie deasupra axei de basculă a uterului, ca să-i menţină anteversia şi în acelaşi timp, să scurteze şi să întindă fascia pentru a ameliora chinga subvezicală (fig. 546 C).

— înainte de a înnoda firele, se mai pun două suturi pe plaga vaginală în porţiunea ei juxtacervicală, pentru ca după legarea firelor, uterul să nu mai fie coborît. Sînt înnodate apoi firele de pe parametre (care trebuie să se plica- tureze înaintea colului, împingîndu-1 pe acesta în sus şi înapoi). Abia acum se înoadă firele de pe fascie, care sporesc anteversia uterului şi întind chinga subvezicală.

— *Timpul al şaptelea* — este sutura fasciei şi a peretelui vaginal anterior.

—*Timpul al optelea* — colpoperineorafia posterioară.

Plicatura parametrelor, tehnică foarte elegantă, nu poate fi însă scutită de critici; într-adevăr, la trecerea firelor în parametre există riscul de a înţepa numeroase vase sub ligamentele cardinale, iar înnodarea acestor fire (ce prind ţesutul conjunctivo-elastic

subureteral) poate duce la cudarea ureterelor. Din acest punct de vedere operaţia de la Manchester prezintă avantajul că foloseşte numai porţiunea inferioară a parametrului (juxtacervicală), precum şi pe acela că nu necesită o decolare laterală, atît de largă, a lambourilor create din peretele vaginal anterior.

INTERPOZIŢIA VEZICO-VAGINALĂ A UTERULUI

Interpoziţia vezico-vaginală a fost propusă la scurt interval de S. A. Alek- sandrov, de Watkins şi de Schauta şi Werthein; aceştia din urmă au pus-o perfect la punct şi au făcut-o cunoscută, fapt pentru care intervenţia este desemnată în genere cu numele lor.

—*Primul timp* — este punerea în evidenţă a colului cu valve, prinderea şi tracţiunea lui în jos cu o pensă sau fire tractor şi incizia sagitală a peretelui vaginal anterior; se disecă apoi larg lambourile, ca la colporafia anterioară (vezi fig. 481, 482 şi 483).

—*Al doilea timp* — este decolarea vezicii de colul uterului, fără a secţiona pilierii vezicali (care rămîn de-o parte şi de alta ca două paranteze) şi împingerea vezicii în sus (situaţie în care va fi menţinută apoi, eventual, printr-o înfundare în bursă) pînă ce se pune în evidenţă plică peritoneală vezico-uterină, care apare de culoare albicioasă şi netedă. Plică este prinsă cu o pensă lungă cu dinţi, după ce vezica a fost ridicată pe o valvă îngustă şi între această pensă şi peretele uterin se secţionează peritoneul transversal cu foarfecele (fig. 547 A). Este mai bine să se pună un fir ce va servi de reper, pe buza anterioară a inciziei peritoneale. Se introduce apoi valva de sub vezică în peritoneu prin butoniera făcută.

—*Al treilea timp* — este exteriorizarea uterului prin basculare: pentru aceasta se prinde corpul uterin cu o pensă de col; apoi trăgînd uşor şi cobo- rînd cu pensa uterul, se prind cu alte pense de col, faţa anterioară a uterului pînă ce se ajunge la fundul uterin. Atunci cu indexul mîinii stîngi sau cu pensa cu care a fost tras de la început afară, se împinge colul în vagin, iar cu valva din peritoneu, sau cu indexul mîinii drepte introdus pînă dincolo de fundul uterin, se luxează uterul (cînd acesta este mare, se scoate mai întîi un corn, apoi celălalt, asinclitic) (fig. 547 B).

Dacă femeia nu a depăşit menopauza de cel puţin un an, este prudent să se lege trompele. Apoi se închide, cu două-trei fire peritoneul, aplicînd pe faţa posterioară a uterului, deasupra ligamentelor utero-sacrate, buza anterioară

a inciziei fundului de sac anterior (fi$_g$. 547 C). Aceasta poate fi regăsită, fie graţie firului reper fie mtroducind î$_n$ peritoneu un tampon montat pe o pensă cu care antrenam buza inciziei, retrăgînd tamponul aplicat pe ţesuturile dinapoia vezicii.

-*Al patrulea timp* - probează mai întîi dacă decolarea lamboului vaginal este suficient de larga, ca uterul să încapă sau, dimpotrivă, dacă lambourile de mucoasă prisosesc. în prima eventualitate decolarea este lărgită, sau dacă uterul este de volum mai mare, din cauza unuia sau mai multor noduli fibro- matoşi, se face miomectomie sau o histerectomie subtotală (vezi procedeul

Spalding-Richardson, fig. 555); în a doua eventualitate se rezecă simetric excesul de mucoasă vaginală. Urmează sutura cu fire separate a peretelui vaginal anterior; unul din două fire trece şi prin peretele uterin (fig. 547 D).

— *Al cincilea timp*, indispensabil, este colpo-perineorafia posterioară.

Acestui procedeu i s-au adus o sumă de modificări (fig. 548), care nu ni se par de cea mai mare importanţă. Astfel Abadie, în al patrulea timp, înainte de a sutura peretele vaginal anterior, trece cîte un fir prin fiecare corn uterin şi fasciculul anterior al ridicătorului anal corespunzător (fig. 548 A); Wagner, înainte de a închide peritoneul, liberează ligamentele utero-sacrate şi le trece pe sub trompe şi ligamentele rotunde (cum se trec ligamentele rotunde în tehnica Baldy), pentru a le uni şi sutura dinaintea istmului uterin (fig. 548 B) ; iar Kjelland începe operaţia decolînd un lambou triunghiular de mucoasă vaginală de pe peretele posterior, imediat sub colul uterin (lamboul îl păstrează inserat prin baza lui) şi suturează defectul vaginal creat; după ce efectuează interpoziţia uterului, repune foarte sus, spre sacru, colul, pe care îl împinge cu un deget, în timp ce, cu mîna opusă face contra-tracţiune pe lamboul păstrat. Acesta se rezecă numai după ce colul a fost repus (fig. 548 C şi D).

Interpoziţia vezico-vaginală, tehnic foarte simplă, deşi este o operaţie anti- anatomică, dă rezultatele funcţionale cele mai bune, fiind fondată pe un prin- cipu mecanic solid. Inconvenientul ei incontestabil este că ascunde explorației colul şi cavitatea uterină, la vîrsta maximă incidenţe a neoplasmelor, iar în cazurile de cancer uterin, ce survin la un timp după operaţie, îngreunează considerabil, atît tratamentul lor fizioterapie, cît şi pe cel chirurgical.

Totuşi, interpoziţia uterului este uneori o metodă foarte utilă: astfel, în cistocele mari sau iterative, la care s-a epuizat resursa corectării anatomice, sau nu se pot găsi elemente de susţinere a vezicii; în fistulele vezico-vaginale de natură obstetricală, mai ales cînd ele interesează joncţiunea cisto-uretrală, interpunerea uterului este, adesea, cea mai simplă şi mai sigură soluţie.

COLPECTOMIA TOTALĂ SI SUBTOTALĂ URMATĂ DE COLPOCLEIZIS

Operaţiile din acest grup se sprijină pe principiul că îngustînd foarte mult sau chiar suprimînd vaginul, pe de o parte se exclude poarta prin care prolapsurile se pot produce, iar pe de altă parte, se creează o coloană de suport ce ţine uterul sus.

De aceea, tot aici trebuiesc amintite unele încercări recente de a folosi grefe de cartilaj sau plăci de substanţe plastice, cu acelaşi scop, ca şi injecţia submucoasă a unor preparate sclerozante (de tipul Dondrene) cu care se poate încerca formarea unei cicatrici retractile.

Astfel de metode pot fi socotite ca intermediare, între operaţiile plastice şi reparatoare propriu-zise şi aparatele de contenţie (pesare); ele pornesc de la premiza că, dacă pesarele nu ar trebui să fie ţinute în cavitatea vaginală, acestea nu ar favoriza infecţiile şi ulceraţiile. O metodă simplă pentru bolnavele clasate ca «inoperabile» este cea propusă de D. Gallo, care foloseşte două homografe de cartilaj costal (de cîte 8 cm lungime, 1 cm lărgime şi 1/2 cm grosime). După anestezie locală, prin infiltraţie lineară a peretelui vaginal, începînd la 1 cm în afara meatului urinar, de o parte şi de alta (cu cîte 20—25 ml novo- cainâ 0,5%), se face o incizie transversală de 1 cm pe fiecare buton anestezic, apoi tunelizarea mucoasei vaginale, introducînd către col şi către ramura ischio-pubiană foarfecele închis şi scoţîndu-1 deschis. Se introduc cartilajele în tunel şi se suturează inciziile cu catgut fin. Operaţia se termină apoi cu o colpo- perineorafie posterioară, tot sub anestezie locală.

COLPOCLEIZIS-UL SUBTOTAL MEDIAN (Neugebauer — Le Fort)

—*Primul timp* este excizia lamboului de mucoasă, din peretele vaginal anterior.

Pentru aceasta se coboară colul prins de buza anterioară cu o pensă şi se trasează un lambou dreptunghiular (cu latura scurtă de 1—1,5 cm şi cu latura lungă în funcţie de lungimea vaginului prolabat, păstrînd însă mucoasa vaginală pe un lat de deget sub meat şi pe un lat de deget deasupra colului). Disecţia prudentă a lamboului (fig. 550 A).

— *Al doilea timp* este excizia lamboului de mucoasă din peretele vaginal posterior; pentru aceasta, se ridică colul cu pensa (prinsă acum pe buza lui posterioară) şi se expune faţa posterioară a vaginului prolabat, pe care se taie un lambou de aceeaşi formă şi dimensiuni (fig. 550 B). Disecţia lamboului, urmată de hemostaza îngrijită a ambelor suprafeţe cruente.

—*Al treilea timp* constă în sutura marginilor mucoasei vaginale. Se începe apropiind laturile mici juxtacervicale ale dreptunghiului anterior şi posterior (fig. 550 C); înainte însă de a se ascunde complet colul, se lasă între el şi sutură un mănunchi de fire lungi de setolină, pentru drenajul secreţiilor. Apoi se continuă sutura marginilor laterale, punînd cîte un fir de catgut succesiv de o parte şi de alta (fig. 550 D).

—*Al patrulea timp* se face miorafia ridicătorilor anali; ea se efectuează lărgind puţin accesul în zona interioară a suprafeţei posterioare, denudată de mucoasă.

Se termină în fine, sutura laturilor longitudinale ale defectelor de mucoasă şi se apropie cu fire separate de aţă sau nylon laturile transversale externe.

Şi alte procedee minore propuse pentru a remedia prolapsul senilelor, sau, în condiţii generale interzicînd orice gest operatoriu de oarecare importanţă sau anestezia generală, nu sînt **mai recomandabile din aceleaşi motive. Astfel,** operaţia descrisă de Kahr în 1937 **(epiziocleizis prin avivarea mucoasei vesti**bulului vulvar); sau

— operaţia Conill (1944) care asociază un colpocleizis central de tipul tehnicii Le Fort cu avivarea vulvară obţinută printr-o incizie a labiilor mari în şanţul ninfolabial (sub anestezie locală);

— operaţia Hoff (1962) constituind în cerclaje circulare sub-mucoase etajate ale cilindrului vaginal, realizînd un colpocleizis subtotal destul de întins.

COLPOCLEIZIS-UL TOTAL (Miiller)

Colpocleizis-ul ascunde cu desă- vîrşire colul uterin după decolarea întregului cilindru de mucoasă vaginală prolabată (fig. 551). Această operaţie antianatomică şi antifiziologică nu are nici un sens; ea înlocuieşte o infirmitate cu alta şi, ceea ce este mai grav, este că din anumite puncte de vedere o face chiar ireparabilă (ne referim la prolapsul vezicii şi incotinenţa relativă de urină).

Dealtfel, atît colpocleizis-ul total, cît şi cel parţial median au două dezavantaje însemnate, care le fac din ce în ce mai puţin întrebuinţate: ascund colul şi cavitatea uterină, pe care le transformă din cele mai accesibile în inexplorabile şi foarte greu de tratat; apropie două organe cavi- tare fără suport (de aceea nu numai că tulburările urinare şi în special incontinenţa relativă de urină nu sînt corectate, dar ele pot fi agravate de intervenţie), pentru a efectua o coloană de rezistenţă prin acolare, după principiul că un deget de mănuşă cu pereţii lipiţi nu poate fi întors pe dos.

De aceea, cînd un colpocleizis pare totuşi singura metodă indicată, socotim ca cel mai oportun să se recurgă la tehnica propusă de Labhardt.

COLPOCLEIZIS-LL SUBTOTAL (Labhardt)

Ca mai toate cazurile In care numai o astfel de operaţie poate fi indicată, este bine ca colpocleizis-ul Labhardt, să fie efectuat sub anestezie locală, cu 80—100 ml novocaină 0,5%.

— *Primul timp* este incizia circulară a introitului (cu excepţia unui arc de cerc anterior, de o parte şi de alta a meatului urinarj; în partea anterioară inelul exciziei de mucoasă este închis în formă de W (ale cărui laturi interne interesează peretele vaginal posterior); pentru aceasta punctul cel mai proeminent al rectocelului este transfixiat şi ridicat cu un fir ca în fig. 552 A şi B.

— *Al doilea timp* este excizia lamboului de mucoasă care se lasă în genere foarte uşor decolat graţie infiltraţiei cu novocaină.

— *Al treilea timp* este sutura cu fire separate a peretelui posterior al vaginului (fig. 552 C); dacă tensiunea buzelor plăgii pare prea mare ele pot fi mobilizate şi suturate cu noduri «de macara» (ca în fig. 552 E).

— *Al patrulea timp* este miorafia ridicătorilor anali care se efectuează, aşa cum am semnalat, fără o izolare prea zeloasă: se apasă cu arătătorul stîng pe sfincterul anal şi rect pentru a scoate în relief chingile ridicătorilor şi se trece primul, firul de jos (imediat deasupra degetului cu care se apasă); acesta va fi apoi montat pe o pensă şi folosit ca tractor pentru punerea firelor următoare.

Tendinţa trebuie să fie însă, de a alcătui un perineu mai înalt şi mai puternic, decît normalul.

Sutura ridicătorilor este capitonată cu o serie de fire în U (vezi fig. 552 D).

— *Al cincilea timp* este sutura mucoasei vaginale şi a tegumentelor cu fire de setolină (fig. 552 F).

După operaţie, porţiunea suburetrală a vaginului trebuie să rămînă de grosimea unui creion (fapt ce va permite explorarea unidigitală sau cu specul de virgină, în cazul suspiciunii unui neomplasm de col uterin).

HISTERECTOMIA TOTALĂ SAU SUBTOTALĂ CU SAU FĂRĂ COLPECTOMIE

Histerectomia totală sau subtotală pe cale vaginală, însoţită sau nu de colpectomie parţială are, în prolapsurile genitale, două feluri de indicaţii:

— cazurile cu leziuni asociate, necesitînd ablaţia uterului (polipi, mioame, metropatii, modificări ale colului ca cervicite, displazii, leucoplazii, alungire hipertrofică);

— femeile în vîrstă, cu prolaps total sau cu recidiva cistocelului şi elon- gaţia colului, cînd histerectomia vaginală oferă o stea cicatricială cu 6 vîrfuri (aşa-zisele ligamente), care vor fixa viscerele pelviene (îndeosebi vezica) şi domul vaginal.

Histerectomia pe cale vaginală este soluţia chirurgicală cea mai veche din specialitatea noastră; ea a fost executată pentru prima oară de Sauter (1822), iar Czerny şi Pean au meritul de a fi pus tehnica la punct. în favoarea ei se mai pot aduce următoarele argumente:

— este bine suportată de bolnavele în vîrstă, nu este şocantă, necom- portînd deschiderea largă a peritoneului, tracţiuni pe muşchii abdominali, manipulări pe viscere, compresiunea pediculilor mezenterici;

— se execută rapid, mai ales în caz de prolaps.

Anumite condiţii locale contraindică histerectomia totală sau subtotală pe cale vaginală şi anume:

— volumul uterului (care nu trebuie să depăşească pe cel al unei portocale, lucru dealtfel rar întîlnit în prolapsuri);

— aderenţele uterului la organele vecine, cum ar fi anterior la vezică după cura unei fistule vezicale, sau interpoziţie vezico-vaginală; posterior la rect ca şi indiferent unde (aderenţe epiploice sau intestinale posibile după orice operaţii abdominale, aderenţe la perete după o histero- sau ligamentopexie).

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ

Un concept relativ deosebit în tratamentul prolapsurilor genitale aduce operaţia «compusă» Spalding-Richardson, care permite, teoretic cel puţin:

— scoaterea *ab initio* a porţiunii bolnave, alungită, hipertrofiată sau inflamată a colului uterin (cu atît mai utilă cu cît uterul fiind ceva mai mare şi colul alungit, făcînd pîrghie, am avea astfel dificultăţi la bascularea uterului prin deschiderea limitată a fundului de sac peritoneal anterior) (vezi fig. 553);

— extirparea subtotală a corpului uterin dacă sînt aspecte patologice (fibromatoză, metropatie hemoragică), sau dacă este prea mare pentru o interpoziţie vezico-vaginală;

— eventual excizia epiteliului din canalul istmic, cu un traumatism minim şi fără devitalizarea ţesuturilor ce pot fi folosite pentru o reconstrucţie raţională a mijloacelor de susţinere şi suspensie (fascia pubocervicală, partea bazală a ligamentelor largi, ligamentele utero-sacrate şi rotunde, fascia septului recto- vaginal şi planşeele musculare pelvi-perineale), precum şi pentru refacerea raporturilor anatomice normale: vagin de lungime şi calibru satisfăcător, cura cisto- celului, ca şi a incontinenţei de urină (prin interpoziţia sub vezică a bontului istmic), cura rectocelului şi eventual şi a elitrocelului asociat (fig. 554).

Timpii tehnicii sînt următorii:

— *Primul timp* este incizia peretelui vaginal anterior şi separarea lambourilor de vezică (vezi colporafia anterioară).

— *Al doilea timp* este separarea vezicii de colul şi istmul uterin pînă se ajunge la fundul de sac peritoneal anterior, (ca la interpoziţia vezico-vaginală a uterului).

— *Al treilea timp* constă în decolarea fasciei vezico-vaginale de pe lambourile vaginale decolate (vezi operaţia Halban).

— *Al patrulea timp* — constă în amputaţia colului; pentru aceasta incizia transversală este continuată de jur împrejurul colului, mucoasa este împinsă în sus şi se pun ligaturi laterale pe ramurile cervicale ale arterelor uterine (vezi fig. 469), colul este apoi amputat la nivelul socotit necesar.

— *Al cincilea timp* — este exteriorizarea uterului pentru care se procedează ca la interpoziţia uterului vezico-vaginală; dacă se întîmpină dificultăţi din cauza excesului de volum al corpului uterin, acesta este atras cît este posibil cu pensa de col şi se scoate o bucată din el ca la miometrectomia pe cale vaginală, iar plaga făcută se închide temporar cu unul sau mai multe fire, care vor servi şi ca tractor.

— *Al şaselea timp* — constă în pensarea, secţiunea şi ligatura în masă a trompelor, ligamentelor rotunde şi utero-ovariene, de o parte şi de alta; apoi, după pensarea şi ligatura arterelor uterine se face histerectomia subtotală, la nivelul dorit, cu evidarea bontului, pentru a permite o închidere uşoară (fig. 555 A).

— ***-Al şaptelea timp*** constă în închiderea bontului cervical cu fire separate, pediculele anexiale (trompe, ligamente rotunde şi utero-ovariene), fiind prinse şi ele la unghiurile suturii (fig. 555 B). Marginea vezicală a inciziei peritoneului este suturată în afara bontului, pentru a închide cavitatea peritoneală (ca la histerectomia subtotală pe cale abdominală).

-Al optelea timp — este sutura fasciei vezico-vaginale ce ancorează în porţiunea de jos a plăgii şi bontul uterin, întors sub vezica înfundată în bursă ca uterul în operaţia Wertheim-Schauta-Watkins (fig. 555 C); apoi excesul de mucoasă vaginală este excizat şi peretele vaginal anterior este refăcut pe linia mediană, buza posterioară a colului fiind acoperită cu un nod Sturmdorf, iar cea anterioară printr-o modificare a acestuia (ca în fig. 555 D).

Operaţia este obligatoriu completată printr-o colpo-perineorafie posterioară.

HISTERECTOMIA TOTALĂ

Pentru histerectomia totală pe cale vaginală se cunosc numeroase procedee descrise sub diferite nume (după şcoala ginecologică respectivă); diferenţele ce le disting nu prezintă practic mare interes, fiindcă în afara inciziei vaginale, şi cîteva detalii de tehnică, mai mult sau mai puţin subtile, nu prea au cum să schimbe situaţia, uterul fiind deja exteriorizat de prolaps. Ne vom limita la un singur procedeu (al lui Rouhier), în care operaţia începe prin colpectomie, dar aceasta nu este nici totală ca în procedeul Miiller-Savariaud, nici prea redusă ca în procedeul Fritch-Pozzi. Am ales acest prim timp diferit de modalităţile precedente de deschidere a fundului de sac anterior (prin incizie sagitală sau transversală deasupra colului) pentru a oferi o varietate mai mare dar timpii se pot combina după caz şi preferinţe. Procedeul poate fi eventual completat printr-unul din numeroasele artificii de tehnică, dintre care, în cele ce urmează vom descrie pe al lui Crossen şi al lui Campbell, ce tind să sporească consolidarea ce se obţine şi cu care vom încheia această înşiruire.

Tehnica Rouhier:

—*Primul timp este colpectomia.* Colul uterin, prins cu două pense de comisuri (nu de buza anterioară care poate fi coafată de vezică), două depărtă- toare Farabeuf înlătură buzele; se trage în jos de pense pentru a pune în tensiune peretele vaginal anterior şi,

dacă este nevoie, se răsuceşte uşor de pense, pentru a pune succesiv în evidenţă, mai bine, cîmpul de atac. Incizia se face în potcoavă, circumscriind toată faţa anterioară şi laturile prolapsului (fig. 556 A). Se decolează cu grijă mucoasa vaginală, la început cu pensa anatomică şi bisturiul, apoi cu compresa, pînă la orificiul extern al colului, unde lamboul de vagin este secţionat cu foarfecele (fig. 556 B). Se ridică cu pensele în sus colul şi se atacă posterior, unind mai sus sau mai jos, după cît de mare pare necesar să fie păstrat vaginul, inciziile laterale (fig. 557 A).

Dar peretele vaginal posterior este mult mai friabil şi rectul riscă mai mult să fie deschis: aici, decolarea este bine să se facă cu foarfecele bont şi curb, îndreptat cu vîrful spre mucoasa vaginală.

Al doilea timp este histerectomia vaginală. Se începe degajarea uterului cu foarfecele bont, al cărui vîrf se ţine acum îndreptat spre uter, pînă ce se găseşte planul de clivaj; apoi, este uşor de a continua pînă la fundul de sac anterior al peritoneului, cu foarfeca boantă, sau cu o compresă montată pe pensă. După ligatura şi secţiunea pilierilor vezicali, se ridică şi se protejează vezica cu o valvă. Figura 558 arată că este un fel de a spune că se protejează vezica cu valva: ridicînd vezica cu valva se îndepărtează şi încrucişarea ureterelor cu arterele uterine, de marginile uterului şi astfel, la pensarea, secţionarea şi ligatura arterelor uterine, protejăm astfel mai degrabă ureterele de a fi secţionate sau prinse în ligatură. Se liberează şi se deschide fundul de sac posterior trecîndu-se un fir de reper, prin foiţa posterioară a breşei peritoneale; acum uterul este deplasat cu pensele de col către înainte şi spre o parte, aşa că de partea opusă să fie pus în tensiune ligamentul utero-sacrat, care este pensat, secţionat şi ligaturat. La fel spre partea opusă. Apoi se leagă de fiecare parte laterală cele două-trei fascicule de vase cervico-vaginale, cu expansiunile tecii hipogastrice care le înconjoară şi arterele uterine (fig. **557 B);** degajînd şi coborînd colul şi istmul, pe măsură ce se secţionează pediculele vasculare, se ajunge la segmentul corporeal, mai lat al uterului. Se deschide şi fundul de sac vezico-uterin fji se basculează, de preferinţă înainte, corpul uterin apu- cindu-l, din ce în ce mai aproape dc fund, apoi chiar fundul uterului, cu o pensă de col. Cîiul alungirea colului (cum se vede în fig. 553) pare să împiedice basculareа uterului, este mai simplu ca înainte de acest moment colul să fie secţionat (păstrîndu-se două lire tractor, ca reper, pe tranşa refăcută). Sc leagă prin transfixie şi se secţionează în bloc ligamentul rotund, trompele şi ligamentul utero-ovarian (fig. 559 A), de fiecare parte, după ce uterul este complet detaşat. Se reperează peritoneul, aducîndu-1 la vedere, cu o compresă montată pe o pensă lungă, dinapoia vezicii şi dinaintea rectului; se închide cu o bursă sau un surjet peritoneal (lăsînd subperitoneal sau chiar amarînd la bontul vaginal pediculii anexiali şi ligamentele rotunde) (fig. 559 B). Se închide vaginul cu sau fără a lăsa un dren (pentru 72 de ore) şi se procedează la colpo-perineorafie posterioară.

—

în prolapsurile totale aceste manevre sînt în genere foarte uşoare, ligamentele fiind întinse şi subţiri (uterul iese dealtfel singur afară din vagin). Există totuşi trei pericole ce trebuiesc semnalate:

— hemoragii intra- şi postoperatorii;
— lezarea ureterelor şi vezicii;
— secţiunea sau ruperea colului uterin.

Complicaţia hemoragică ce poate surveni în timpul operaţiei însăşi, sau la scurt timp după (practic fiecare timp al hemostazei trebuie minuţios controlat) este totdeauna datorită unei inexactităţi tehnice; fie că instrumentarul este inadecvat, fie că ligaturile sînt neglijent efectuate, fie că operatorul nu s-a convins că astfel de intervenţii nu sînt o cursă contra cronometru. în toate aceste cazuri vasul care dă trebuie căutat cît mai curînd, cu atenţie şi minuţiozitate şi cînd hemostaza pare imposibilă pe cale vaginală, nu trebuie să pregetăm să trecem la intervenţia pe cale abdominală pînă nu este prea tîrziu.

Lezarea ureterelor este posibilă fie în momentul decolării vezico-vaginale (dar ureterul este solidar cu vezica în segmentul său retro-vezical), fie la secţionarea ligamentelor utero-sacrate (dar el este mai sus cu 2,5 — 3 cm, vezica a fost deja împinsă în sus şi ligamentele utero-sacrate se pensează şi secţionează în partea lor juxta-cervicala, cît mai razant cu colul), fie la ligatura uterinelor (dar uterul coborît şi vezica ridicată cu valva, asigură un segment suficient de lung inter-uretero-uterin). în histerectomiile vaginale, ligatura şi secţiunea ţesuturilor parametrale, trebuie să fie făcute cît mai aproape de col; de asemenea, secţiunea pilierilor vezicali, net vizibili, se face ras cu colul. Cum ureterele sînt situate deasupra şi lateral, cam Ia 1,5 cm faţă de pilieri este indicat ca aceştia să fie pensaţi şi secţionaţi înainte de abordarea uterinelor, astfel ca mobilizarea ureterelor să devină posibilă (ca în fig. 558). Cînd fundul de sac vezico-uterin este deschis introducerea unei valve permite ridicarea vezicii astfel că ureterele sînt îndepărtate din cîmpul operator.

Lezarea vezicii, care coboară uneori foarte jos pe buza anterioară a colului, poate fi evitată printr-o precauţiune simplă şi foarte utilă şi anume, determinînd, de la începutul operaţiei, sau oricînd pe parcursul ei pare necesar, sediul fundului vezicii, prin introducerea unui cateter metalic prin uretră.

Secţiunea sau ruperea colului uterin, uneori foarte alungit şi subţire, este posibilă cînd se pierde, sau nu s-a găsit planul de clivaj cu rectul sau vezica, şi, în căutarea Iui, foarfecele «muşcă» în ţesutul uterin; secţiunea nedorită a colului este lipsită de gravitate şi poate fi totdeauna corectată prin trecerea unor fire ce se folosesc ca reper şi tractor.

— *Al treilea timp*, care începe după extirparea uterului şi închiderea cavităţii peritoneale este reparaţia. Deosebit de delicată, dar şi de necesară după părerea lui Rouhier, este capitonarea cu pereţii rectului şi vezicii: aceste puncte succesive ar forma coloana de rezistenţă care trebuie să fie cît mai înaltă cu puţintă şi de asemenea, ele vor evita totodată, formarea unui hematom; numai că prin aceasta se ajunge la situaţia semnalată ca un inconvenient şi pentru colpocleizis-ul median, şi anume că intervenţia nu corectează incontinenţa de urină, ba poate chiar să o agraveze. De aceea, pentru terminarea operaţiei, unii autori (între alţii la noi în ţară S. Vuia care avea o experienţă considerabilă) preconizează folosirea unui tamponament cu o meşă lungă, a spaţiului recto-vezical. Cum însă meşa trebuie lăsată pînă ce spaţiul respectiv se infectează din afară (ca în tehnica Locckard-Moomery, pentru prolapsul rectal), pentru ca reacţia inflamatorie să asigure o coloană solidă de suport vezicii, nu se poate efectua în deplină securitate, în continuare, colpo-perineorafia posterioară, timp deosebit de important, care consolidează rezultatul, atît din punct de vedere plastic, cît şi estetic (fig. 560). De aici concluzia că, decît capitonarea spaţiului recto-vezical şi meşarea cavităţii rămase, este preferabil un drenaj (72 ore), cu tub subţire de plastic, sau să se recurgă după caz în acest timp, la unul din următoarele artificii de tehnică pentru a crea un suport suplimentar vezicii:

— *procedeul Crossen*, care foloseşte drept cheie de boltă ligamentele rotunde (eventual ligamentele largi, folosind în întregime pediculele anexiale); sau

— *procedeul Campbell*, care foloseşte ligamentele utero-sacrate.

Hotărîrea trebuie luată înainte de închiderea peritoneului după soliditatea

aparent mai mare a unei perechi sau a celeilalte de pedicule, ca şi după posibilitatea tehnică de a le mobiliza suficient pentru a fi folosite.

în acest moment (după extirparea uterului) două pense clampe prind de jos în sus partea inferioară a parametrelor, ligamentele sacro-uterine şi cervico- vaginale, alte două pense orientate la fel prind părţile medii ale ligamentelor largi (cu bonturile uterinelor) şi a treia serie de pense prind de sus în jos pediculele anexiale (trompe, ligamente rotunde şi utero-ovariene), ras cu cornul uterin.

Tehnica Crossen[33]. Ligamentele rotunde sînt apucate cu o pensă şi exteriorizate (pentru reperul şi aducerea lor la vedere, servesc pensele puse pe pedicului anexial); ele sînt unite în partea lor medie cu un fir ce va fi trecut şi prin peretele vaginal (sau fascia vezico-vaginală, dacă a fost izolată în prealabil) sub vezică (fig. 561). De la acest punct un surjet solidarizează extremitatea distală a ligamentelor rotunde. Celelalte pedicule prinse în pense sînt unite două cîte două cu puncte în U, primul reluînd terminarea surjetului de pe ligamentele rotunde, iar ligamentele utero-sacrate, la fel unite, agaţă domul vaginal (fig. 562).

[33] Crossen foloseşte o tehnică de histerectomie vaginală în prolapsuri, puţin diferită: accesul la uter îl face prin colpotomie anterioară, cum s-a descris la « plică tura parametrelor».

După ce deschide fundul de sac peritoneal anterior continuă incizia transversală a vaginului in jurul colului, disecă posterior şi deschide Douglasul. Urmează pensarea pediculilor, secţionarea lor şi extirparea uterului. Apoi se face sutură-ligatură a pediculilor, pentru a forma un plan de suport vezicii şi numai după ce inchide peritoneul, lăsfnd totdeauna un tub subţire de dren pînă la Douglas, rezecă excesul de mucoasă vaginală şi închide peretele vaginal anterior.

In fine, termină prin repararea planşeului pelvi-perineal.

Din punct de vedere al simplităţii şi al logicii timpilor operatori, ni se pare că procedeul Rouhier este preferabil, întrucît face colpectomia de la început (cînd este mult mai uşor de efectuat); numai că el trebuie completat în locul alipirii recto-vezicale, cu una din metodele ce încearcă să facă un nou suport conjunctiv, consolidat, vezicii.

Tehnica Campbell. Se înlocuiesc cele patru pense clampe superioare prin ligatură şi se închide peritoneul în bursă, extra-peritonealizînd bonturile. Pensele de pe ligamentele utero-sacrate sînt trase înainte, cîte o ligatură solidă permite să se ridice pensele. Capetele fiecărei ligaturi se păstrează: ele vor fi fixate sub vezică (fig. 563) şi uretră, la fascia vezico-vaginală. Se închide vaginul trecînd firele şi prin ligamentele utero-sacrate.

Ligamentele utero-sacrate, ca şi ligamentele rotunde mai pot fi folosite şi cînd se face histerectomie subtotală sau chiar cînd nu se face histerectomie.

Există două posibilităţi de a utiliza ligamentele utero-sacrate: ele sînt fie liberate de sus în jos (de pe faţa posterioară a uterului, după bascularea acestuia, sau a bontului restant înainte) şi apoi trecute prin ligamentele largi în faţa uterului sau numai sub vezică, fie liberate de jos în sus prin adîncirea decolării, după colpotomie posterioară, şi suturate odată cu firul superior, ce prinde ridicătorii anali.

Prima soluţie aparţine lui Wagner şi a fost propusă mai ales pentru întărirea interpoziţiei vezico-vaginale a uterului; cea de a doua lui Dellepianne, care o recomandă sistematic la colpo-perineorafie, cînd aceasta constituie un timp dintr-o intervenţie pentru prolaps, sau cînd, în afara rupturii de perineu, pentru care se intervine şi uterul este retroversat.

Şi în toate aceste cazuri se practică, în sfîrşit, o colpo-perineorafie posterioară, care va servi drept sprijin planului subvezical reconstituit şi va reda vaginului oblicitatea normală.

EVOLUŢIE POSTOPERATORIE ŞI COMPLICAŢII

în urma intervenţiilor pentru tulburările de statică genitală, se pot produce incidente, accidente şi complicaţii de toate ordinele. Nu vom reţine aici decît unele aspecte ale acestora, ce ni se par mai strîns legate de natura intervenţiilor, dacă nu chiar proprii operaţiilor plastice şi reparatoare ale poziţiei organelor genitale.

Operaţiile adresate corectării retrodeviaţiilor uterine, dau mai cu seamă complicaţii obstetricale (dureri, hiperexcitabilitate uterină, prin dezvoltarea asimetrică a uterului, tulburarea formării segmentului inferior etc.). Din acest punct de vedere, procedeele cele mai indicate par să fie: piramidalopexia (procedeul Aburel), scurtarea ligamentelor rotunde (procedeu Stanca şi Mocquot) şi, dintre ligamentopexiile parietale, procedeul Pellanda. Unele ligamentopexii (şi în special procedeul Doleris), creînd în cavitatea peritoneală inele artificiale, mai expun la ocluzii prin încarcerarea şi strangularea anselor intestinale. In sfîrşit, ligamentopexiile parietale şi unele histeropexii suspendate, pot lăsa o senzaţie de tensiune sau chiar dureri (care adesea apar şi în afara sarcinii) explicate, fie de strangularea ligamentelor rotunde prin butoniera aponevrotică[34]), fie de comprimarea vezicii sau altor organe (trompe, ovare, sau numai pedi- culele lor).

Exohisteropexiile, histeropexiile directe (cu excepţia celei istmice) şi unele histeropexii suspendate (metodele Iacobovici, Halban şi Marin Popescu) sînt incompatibile cu sarcina. în eventualitatea că s-au efectuat înaintea menopauzei şi femeia nu a fost sterilizată, starea de graviditate este profund tulburată şi avortul este inevitabil (controlul cavităţii uterine este şi el îngreunat din cauza poziţiei deosebite a uterului).

Dar, evoluţia postoperatorie după procedeele de pexie pe cale abdominală mai prezintă două particularităţi, asupra cărora s-a atras în repetate rînduri atenţia şi anume: alungirea colului şi hernia Douglasului. Apariţia acestor complicaţii specifice este departe de a fi excepţională; ea explică recidiva, mai mult sau mai puţin tardivă, în aceste cazuri, a prolapsului.

[34] De asta, se recomanda ca aceste tehnici să ss efectueze (cum s-a descris original pro cedeul), trecînd ligamentul numai prin peritoneu şi muşchi şi fixîndu-1 sub aponevroză.

Alungirea hipertrofică a colului impune amputaţia înaltă supravaginală (care însă în aceste condiţii devine o operaţie mai delicată, uterul fiind fixat şi nepermiţînd coborîrea suficientă a colului la vulvă), completată sau nu de un procedeu de fixare pe cale vaginală, cum ar fi operaţia de la Manchester sau Halban.

Hernia Douglasului[35] pune o problemă terapeutică tot atît, dacă nu şi mai complicată. Este deci mai recomandabilă profilaxia sistematică a acestei complicaţii ce poate crea supărări însemnate. Profilaxia constă în închiderea Douglasului în bursă (operaţia lui Marion) cu unul sau mai multe fire nere- sorbabile (fig. 492); dacă profunzimea fundului de sac peritoneal posterior necesită însăilarea etajată, ultima bursă se va pune la nivelul ligamentelor utero-sacrate, încărcînd în ac şi faţa lor internă pentru a le apropia.

Pentru cura enterocelului odată constituit, operaţia lui Marion nu mai este suficientă; în astfel de situaţii trebuie procedat ca pentru orice hernie[36]: după reducerea viscerelor herniate, se disecă şi rezecă sacul, se închide orificiul şi se refac mijloacele de susţinere. Operaţia care, anatomic, ar corespunde cel mai bine ar fi cea propusă de Amza Jianu (miorafia ridicătorilor anali pe cale înaltă) dar este tehnic foarte greu de executat, ceea ce face să se dea preferinţă, în aceste cazuri, operaţiilor mixte, pe cale înaltă şi joasă, în două echipe. Pe cale abdominală se reduc ansele herniate, se disecă sacul şi se rezecă; pe cale vaginală se face miorafia înaltă a ridicătorilor anali, cu închiderea spaţiului lăsat între ridicători şi ligamentele utero-sacrate (procedeul Dellepianne). Intervenţia se face şi succesiv, de jos în sus, dar atacul concomitent dă avantaje importante: uşurează decolarea segmentului inferior al sacului, măreşte lumina cîmpului şi permite trecerea firelor pe ridicători şi ligamentele utero-sacrate, în condiţii mai bune.

Aceste avantaje sînt încă mai evidente cînd elitrocelul a apărut după o operaţie pentru prolaps, cura lui chirurgicală fiind îngreunată atunci de intervenţia anterioară (perineu înalt, uter fixat la perete etc.).

Majoritatea operaţiilor pentru prolaps, care folosesc calea vaginală, sînt mai simple ca tehnică (prin însăşi situaţia foarte accesibilă pe jos a uterului în prolaps) şi neşocante. Ele pot duce însă la anumite accidente, incidente şi complicaţii.

Dintre accidentele intraoperatorii (care pot rămîne însă neobservate, constituind mai tîrziu complicaţii grave) cele mai importante sînt secţiunea vezicii sau ureterelor, legarea acestora din urmă, precum şi angularea lor prin suturile efectuate.

Ele se produc în genere prin defecte de tehnică; dar pentru anumite operaţii (plicatura parametrelor în special) şi în situaţia că diverse anomalii modifică sediul obişnuit sau fac deosebit de aderente ureterele sau vezica de uter sau vagin, accidentele nu pot fi evitate chiar cînd se operează cu toată grija. Cînd leziunile s-au produs, ele impun repararea imediată (vezi capitolul fistulele genitale).

Cea mai frecventă complicaţie a operaţiilor pe cale vaginală sînt hemoragiile; acestea pot fi precoce (în orele sau primele două zile, ce succed operaţia) sau tardive (după 8—10 zile). Hemoragia se poate preveni, pe de o parte făcînd o hemostază îngrijită a cîmpului operator şi evitînd manevrele brutale (de pildă pentru decolarea vezicii), iar pe de altă parte, folosind pentru suturi materiale neresorbabile (nylon) şi efectuînd toate suturile cu puncte separate.

Cînd hemoragia s-a produs, ea poate fi în genere jugulată prin tamponare cu o meşă sterilă, la nevoie reintervenţie pentru depistarea pedicolului nelegat sau prost legat şi perfectarea hemostazei.

REZULTATE

Rezultatele operaţiilor pentru prolaps sînt foarte diferite. Dacă se poate afirma că nu există tehnică pentru care să nu se cunoască recidive trebuie adăugat că atunci cînd alegerea tehnicii este judicioasă şi adaptată formei de prolaps, cînd ea a fost corect efectuată şi nu s-au produs accidente sau complicaţii, rezultatele sînt, în marea lor majoritate, foarte bune.

Citǎm unele cifre pentru operaţii mai puţin folosite la noi în ţară. Astfel:

— pentru operaţia de la Manchester, într-o anchetă făcută de Shaw în trei maternităţi, pe 857 de cazuri, a găsit 96,4% vindecări de durată;

— pentru operaţia Halban în tratamentul prolapsului Pollosson, Mathieu şi Pernoux dau 80% vindecări clinice îndepărtate şi 60% anatomice (prolapsul iterativ al vezicii este mai frecvent şi incontinenţa rămîne neameliorată în 29% din cazuri);

— pentru histero-colpectomie pe cale vaginală Roux şi Marchall dau următoarele procente de urmări îndepărtate: 78,7 perfecte, 9,2 cu tulburări funcţionale mici (polakiurie, senzaţie de greutate), 11,1 cu tulburări funcţionale notabile (dintre care 0,9 recidive).

La noi în ţară, Vuia nu avea decît o singură recidivă la peste 400 de histerectomii pe cale vaginală pentru prolaps.

[35] Enterocelul produs prin fundul de sac posterior împinge peretele posterior al vaginului şi depăşeşte planul ridicătorilor anali, constituind « elitrocelul»; mai rar cînd el evoluează înapoia septului recto-vaginal, capătă numirea de hedrocel. Ambele forme pot apărea şi fără ca uterul sau numai bontul după histerectomie să fi fost fixat printr-un procedeu de pexie; atunci însoţesc sau nu alte manifestări ale prolapsurilor, sau eventual exagerarea unui fund de sac profund congenital, intre enterocel şi prolaps există deci, două reiaţii posibile: de coexistentă (cînd ambele sînt expresia relaxării mijloacelor de susţinere a viscerelor) şi de succesiune (cind intervenţia pe cale abdominală pentru prolaps a favorizat dezvoltarea enterocelului), ultima fiind cea mai des întîlnită (Brocq, Houdard şi Watterwald o găsesc pe aceasta de 13 ori din 17 elitrocele studiate, pe cînd asociaţia numai în 3 cazuri).

î Cloazonarea colo-vezicală, sau recto-vezicală, de asemenea propusepentru cura enterocelului, nu corespund cerinţelor, din acest punct de vedere.

CUPRINS (VOL. II)

0

OPERAŢII RADICALE
Pro/, dr. doc. I. CH1RICUŢĂ
Introducere 635
Scurt istoric al histerectomiilor totale lărgite şi al tratamentului asociat radio-chirurgical.. 637
Principiile şi eficienţa tratamentului chirurgical în cancerul colului uterin 641
Indicaţia terapeutică în cancerele colului uterin 661
Noţiuni de anatomie necesare pentru operarea uterului canceros 674
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul cancerului colului uterin 701
Indicaţia terapeutică şi locul chirurgiei Sn tratamentul cancerului de corp uterin 923
Indicaţia terapeutică şi tehnicile chirurgicale utilizate în tratamentul corioepiteliomului uterin 940
Indicaţia terapeutică şi tehnicile chirurgicale utilizate în tratamentul tumorilor vaginului.... 943
Indicaţia terapeutică şi tehnicile chirurgicale folosite în tratamentul cancerului vulvar.... 949
Indicaţia terapeutică şi locul chirurgiei în cancerul trompei uterine 972
Indicaţia terapeutică şi locul chirurgiei în tratamentul cancerului ovarian 975
Tehnici anexă la chirurgia ginecologică 1021
Bibliografie 1034
CHIRURGIA GLANDEI MAMARE
Prof. dr. doc. D. SETLACEC
Date anatomice 1051
Chirurgia supuraţiilor glandei mamare 1055
Chirurgia tumorilor glandei mamare 1057
Bibliografie selectivă 1105

OPERAŢII RADICALE

SCURT ISTORIC AL HISTERECTOMIILOR TOTALE LĂRGITE ŞI AL TRATAMENTULUI ASOCIAT RADIO-CHIRURGICAL

Primele histerectomii totale lărgite, pe cale abdominală, pentru cancer al colului uterin au fost executate de Freund în 1878.

Metoda a fost abandonată de însuşi autorul ei, dată fiind mortalitatea înfricoşătoare a primelor tentative.

Ulterior, după introducerea asepsiei severe, operaţia este reluată de Ries (1895) şi apoi de Clark (1896), care încearcă o tehnică de histerectomie totală lărgită pe cale abdominală.

Acest tratament chirurgical s-a dezvoltat rapid în anii următori, fără a se baza însă pe o principialitate oncologică. La Viena, E. Wertheim şi la Paris, J. L. Faure, marii chirurgi ginecologi ai epocii, pun la punct în jurul anului 1898 (dată citată de H. Robert) tehnica operaţiei histerectomiei totale lărgite, Wertheim publicînd rezultatele tardive în 1904. Paralel cu primele începuturi din străinătate, tratamentul chirurgical se dezvoltă viguros şi la noi. Thoma Ionescu publică rezultatele primelor histerectomii totale în 1897. Lucrarea se intitulează: « Histerectomie totală vaginală şi abdominală » (« Revista de chirurgie» Bucureşti, 1897, Tomul I). în 1899 prezintă lucrarea: «Sur Physterecto- mie abdominale totale» în faţa celui de al III-Iea Congres Francez de Chirurgie (Paris).

Prima încercare de sistematizare a principiilor ce trebuie să stea la baza acestor intervenţii pentru cancerul colului uterin s-a făcut cu ocazia Congresului Internaţional de Chirurgie şi Ginecologie de la Roma din 1902. Raportori au fost desemnaţi Thoma Ionescu şi E. Wertheim.

La acest Congres s-au înfruntat două concepţii: concepţia ch irurgiei lărgite de organ a fost susţinută de Wertheim şi concepţia chirurgiei de teritoriu limfatic, aplicată dc principiu, a fost susţinută de Thoma Ionescu.

Wertheim, reluînd şi perfecţionînd tehnica propusă de Ries şi Clark, recomandă o chirurgie de organ lărgită, propunînd extirparea în bloc a uterului canceros (cu anexele şi 1/3—1/2 superioară a vaginului) şi a ţesutului conjunctiv de vecinătate (parametre). Faţă de aria ganglionară, Wertheim avea o atitudine oscilantă, recomandînd «îndepărtarea ganglionilor, numai cînd sînt măriţi».

Thoma Ionescu ia poziţie hotărîtă în favoarea chirurgiei de teritoriu limfatic, aplicată de principiu în cancerul colului uterin. El subliniază că « ablaţia cîtorva ganglioni hipertrofiaţi, vizibili, operaţie desemnată pe nedrept sub numele de evidare pelviană, este un nonsens chirurgical şi nu are raţiunea de a exista».

Thoma Ionescu formulează atitudinea sa de exereză largă în modul următor: << în afară de uter şi anexe se extirpă totalitatea ţesutului celular al micului bazin, al foselor iliace şi lombare,cu ganglionii conţinuţi. Cu cît cancerul este mai limitat (incipient), cu atît operaţia va trebui să fie mai largă, pentru a fi eficace. Trebuie abandonate tratamentului paliativ cancerele uterului, care au invadat perimetrul».

în felul acesta, T. Ioncscu delimitează cazurile opci abile (stadiul I şi II) de cele inops- rabile (stadiul III şi IV), întrevăzînd, încă din 1902, clas;ticaţia stadială a cancerului colului, pe care abia peste 35 ani o va fixa Heyman (1938). Rezultă cin datele istorice că Thoma Ionescu, a fost printre primii autori care au întrevăzut şi susţinut linia justă de dezvoltare a chirurgiei oncologice, aceea a chirurgiei de teritoriu limfatic.

Thoma Ionescu a fost unul din adversarii hotărîţi ai chirurgiei de exereză pe cale vaginală în cancerele colului uterin, cale prin care ganglionii pelvisului nu pot fi exploraţi şi extirpaţi.

în acea epocă (începutul secolului), dată fiind mortalitatea mare (20—40 %) a histerectomiei totale lărgite pe cale abdominală sau apariţia frecventă a celuli- telor pelviene şi peritonitelor, ia o dezvoltare din ce în C3 mai mare chirurgia de exereză a uterului canceros pe cale vaginală, metoda fiind iniţiată de Schauta şi perfecţionată ulterior de Amreich. Această cale nu corespunda însă unei chirurgii largi de teritoriu limfatic, motiv pentru care este criticată de foarte mulţi autori.

în timp ce chirurgii oscilau între radicalismul împins la extrem[37], unde vindecarea era obţinută în detrimentul funcţiei şi între metode mai puţin radicale, care respectau funcţia, dar nu ofereau garanţia unei vindecări radicale (calea vaginală, histerectomia totală simplă), se impunea cu vigoare atenţiei medicilor o nouă metodă terapeutică: metoda radiologică (aplicaţii de radiu sau curieîe~apie). Se publicau din ce în ce mai multe date statistice cu rezultate superioare celor chirurgicale.

Regaud prezintă primele statistici cu rezultatele curieterapiei în faţa Congresului internaţional de la Roma din 1926, revenind apoi în 1932.

Statistic, pe un număr apreciabil de cazuri, rezultă că curieterapia, avînd riscuri imediate minime, rezultatele indepărate în timp sînt superioare statisticilor chirurgicale ale epocii.

Pentru stadiul I tratamentul chirurgical, cu operaţia Wertheim, obţine 60 % vindecări peste 5 ani (în cel mai bun caz 70% în statistica J. L. Faure, pe cazuri selecţionate), iar radi ui 79% (statistica Regaud). Pentru stadiul II chirurgia singură obţine 21 % vindecări peste 5 ani, iar curieterapia 41%.

Pentru cancerele inoperabile (stadiul III şi IV) unde chirurgia singură nu poate rezolva aproape nimic, radiumterapia poate da încă 27% supravieţuiri peste 5 ani (Regaud).

La noi în ţară I. Jovin şi G. C. Severeanu sînt promotorii aplicării curieterapiei în cancerul colului uterin; I. Jovin perfecţionează şi celelalte metode de radioterapie, avînd o mare contribuţie în modernizarea tratamentului cancerului de col. Aceştia sînt urmaţi de G. Schmitzer, S. Schiau, L. Pop şi Gheor- ghina Muşatescu [38].

---

37 In exerezele largi, odată, cu ţesutul conjunctiv pelvian se extirpau şi formaţiuni nervoase (nervii erectori şi plexul pelvian, a căror integritate este necesară micţiunii normale). Bolnavele operate astfel, rămîneau cu infirmităţi fiziologice, grave (retenţii de urină ireversibile urmate de infecţii urinare).

I în 1927 se importă 200 mgr radiu (donaţia Ing. M. Constantinescu) depus la Spitalul Colţea Bucureşti, Clinica III Chirurgie, şi In 1934 Institutul Oncologic Cluj primeşte 250 mgr. radiu din partea Ministerului Sănătăţii (date extrase din Raport asupra activităţii Centrului Anticanceros al Clinicei Chir. III Bucureşti — întocmit de Prof. A. Jianu şi Dr. I. Jovin Buc. Tip. Cultura 1930, p. 5 şi Declaraţiile Prof. C. Stanca). Pentru precizarea terminologiei utilizate

HISTERECTOMIILE TOTALE LĂRGITE ŞI TRATAMENTUL ASOCIAT

A existat o perioadă de timp în tratamentul cancerului de col în care terapeutica chirurgicală decade mult, prioritatea fiind deţinută de tratamentele prin radiaţii, care la început lăsau impresia că vor putea rezolva aproape integral problema cancerului incipient.

Chiar J. L. Faure, apărătorul fanatic al histerectomiilor lărgite face declaraţia impresionantă în faţa Academiei Franceze că: «în faţa radiumului depune bisturiul», referindu-se la cazurile înaintate.

Chirurgi cu renume mondial ca: Hartmann, Gosset, Doderlein etc., renunţă la bisturiu în tratamentul cancerului colului şi trimit bolnavele la radiolog.

Doderlein scrie în această perioadă prietenului său Wertheim: « Dragă Wertheim, tu eşti un personaj istoric, operaţia ta nu va mai fi făcută niciodată».

Timpul a arătat că nici radiuterapia aplicată izolat nu dă cele mai bune rezultate.

Radiumterapia poate steriliza oncologic, într-un foarte mare procent de cazuri, colul canceros, parametrele şi vaginul, dar lasă nesterilizate integral adenopatiile canceroase.

De aceea unii autori (Taussig—1943 şi Lurie—1950) au propus ca după iradiere să se practice numai limfadenectomia complementară. Dar nici această soluţie nu s-a impus, dată fiind posibilitatea redeşteptării cuiburilor neoplazicî devitalizate din colul şi parametrele iradiate şi lăsate pe loc.

Practica a arătat că aplicarea în mod izolat a acestor metode (metoda radiologică şi chirurgicală), ce-şi disputau superioritatea, este urmată de procente mai mici de vindecări decît dacă se aplică asociat; aceste metode nu se exclud, ci se completează.

Pentru aceste motive în ultimile decenii cîştigă din ce în ce mai mult teren ideea asocierii radio-chirurgicale.

Tratamentul asociat a fost recomandat pentru prima oară de Monod în 1922 în Franţa şi de Dannrenther în 1924 în SUA, dar autorii nu au reuşit să impună metoda.

Numele lui B. Desplas (1944), M. Dargent (1946), Tailhefer (1949), J. L. Brenier (1944) şi la noi a lui O. Costăchel (1953), I. Petroşanu, I. Chiricuţă (1953), Al. Trestioreanu (1953), V. Dragon, V. Mudric, O. Popovici, M. Spi- ridon ş.a. rămîn legate de aplicarea de principiu a tratamentului mixt radio- chirurgical.

Astăzi, după o preiradiere eficientă (doze tumoricide) se recomandă extirparea chirurgicală, practicîndu-se o chirurgie largă de teritoriu limfatic (denumită şi chirurgie de sistem), bazată în parte pe principiile chirurgiei oncologice formulate pentru prima oară de Thoma Ionescu la începuturile secolului, fără a face însă extirpări exagerate inutile. In opoziţie cu această atitudine de echilibru apar din ce în ce mai multe «tehnici chirurgicale largi» (tehnica Brenier, 1950; J. Meigs, 1949; 1951; Okabaiaşi, 1950; Brunschwig, 1951), care nu sînt altceva decît reeditarea tehnicii propuse odinioară de Thoma Ionescu.

Cînd Meigs (Congresul Britanic de Ginecologie, Londra, 1949), propune o tehnică de histerectomie totală lărgită prin care: « se va înlătura pe cît posibil toţi ganglionii limfatici, vasele limfatice, ţesutul conjunctiv de la artera iliacă în jos, de-a lungul întregului arbore arterial şi venos din pelvis, sub vezica urmară, în jurul rectului, în fosa obturatoare şi oriunde se poate scoate acest ţesut; ţinta noastră e să dezgolim pereţii pelvisului şi să înlăturăm pe cit

curieterapie sau radiumterapie (sau radiuterapie) = aplicaţii Iccale de radium.

Radioterapia cuprinde toate metodele de iradiere externă (raze X emise de aparatele de rontgienterapie convenţională de 250 Kv, radiaţii gama — emise de aparatele ce folosesc cobalt 60, şi electronii produşi cu ajutorul acceleratorilor liniari şi betatronilor).

este posibil vasele limfatice, ţesutul conjunctiv paracervical şi mai ales paravaginal», el nu face altceva decît să repete principiile operatorii şi tehnica executată de Thoma Ionescu cu o jumătate de secol înainte.

între timp calea vaginală este reactualizată, practicîndu-se histerectomia după sau înaintea tratamentului radiant. Se remarcă eforturile lui Navratil (1950) din Viena (elev al lui Amreich) şi al lui Subodh Mitra (1951) de a perfecţiona metoda histerectomiilor pe cale vaginală, adăugind şi extirparea ganglionilor limfatici pelvieni. în acest sens, în alt timp operator ce urmează histerectomiei vaginale, prin incizii paralele cu arcadele inghinale ale peretelui abdominal, incizii practicate în fosele iliace, sînt extirpaţi pe cale extraperitoneală, ganglionii fosei obturatorii.

Cu toate aceste ameliorări tehnice, calea vaginală nu s-a putut impune de principiu, ea rămînînd o cale de excepţie.

La noi în ţară, contribuţii de valoare şi perfecţionări tehnice importante ale histerectomiilor pe cale abdominală au fost aduse în trecut de Cristea Grigoriu, C. Stanca, C. Daniel, A. Jianu, Ilie Neamţu, E. Aburel, C. Popescu Ş-a.

S. Vuia (începînd din 1945) a perfecţionat tehnica histerectomiilor pe cale vaginală, creînd la Arad o adevărată şcoală de chirurgie pe cale vaginală.

La noi în ţară (1950—1965) un rol deosebit în introducerea şi consolidarea tratamentului asociat radio-chirurgical l-au jucat institutele oncologice din Bucureşti (de sub conducerea Prof. O. Costăchel şi Al. Trestioreanu) şi Cluj (Prof. 1. Chiricuţă).

Prin numărul mare de cazuri tratate cu asociaţie radio-chirurgicală, prin vindecările excepţional de bune obţinute după 5 ani (peste 90% în stadiul I), prin perfecţionările tehnice aduse atît tratamentului radiant cît şi celui chirurgical, aceste institute demonstrează superioritatea tratamentului radio-chirurgical.

în 1956 echipa I. Petroşanu, I. Chiricuţă, Al. Trestioreanu şi V. Mudric publică (Rev. Chirurgia nr. 4, p. 70) tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite, care, verificată pe mii de cazuri, a dat rezultate excepţionale.

Contribuţii importante în problema cancerului de col au adus clinicile ginecologice de la Spitalul Giuleşti (Prof. P. Sîrbu) şi Spitalul Polizu (Prof. Dan Alessandrescu).

în general, chirurgia cancerului colului uterin în ţara noastră se dezvoltă în prezent pe principiile chirurgiei de sistem, de teritoriu limfatic, trasate de Thoma Ionescu încă de la începutul acestui veac, cu deosebire că, datorită protecţiei pe care o oferă preiradierea, chirurgul nu mai este nevoit să facă exereze exagerat de întinse asupra ţesutului conjunctiv pelvian, evitîndu-se astfel sechelele marilor exereze de odinioară: fistule urinare, retenţii cronice de urină etc.

PRINCIPIILE ŞI EFICIENTA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN

PARTICULARITĂŢILE BIOLOGICE ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Tratamentul actual al cancerului colului uterin se bazează pe următoarele particularităţi biologice ale acestei localizări neoplazice, particularităţi ce sînt de altfel întîlnite la majoritatea cancerelor epidermoide (cancerul buzei, pielii, limbii etc.).

a)*Sensibilitatea crescută a acestui tip de ţesut canceros faţă de efectele distructive ale radiaţiilor (în comparaţie cu ţesuturile normale).* Pe această particularitate se bazează tratamentul prin radiaţii: radiu, rontgenterapie de contact Schaefer-Witte şi radioterapia cu megavoltaj realizată cu ajutorul bombei de Cobalt şi acceleratorul linear (5—30 Mega-electroni-volţi) care tinde să distrugă ţesutul canceros, fără a leza ţesuturile sănătoase dimprejur.

Aproximativ 87% din cancerele colului uterin sînt de tip epidermoid (epiteliomul spinocelular, anaplazic etc.), deci radiosensibile. Adenocarcinoamele, dezvoltate pe seama epiteliului cilindric endocervical, sînt mai rar întîlnite în practică (5%) şi sînt considerate de unii autori ca radiorezistente; acest fapt nu este real, deoarece şi adenocarcinoamele beneficiază de tratamentul radioterapie dar într-un grad ceva mai redus decît epitelioamele de tip pavimentos. în 8% cancerele sînt mixte: pavimentoase şi glandulare.

b)*Malignitatea loco-regională.* Cancerul colului uterin are de obicei o evoluţie lentă, extensiunea neoplazică fiind limitată pentru mult timp la ţesutul conjunctiv periuterin şi aria limfatică pelviană, tributară colului.

Metastazarea la distanţă este excepţională (contrar cancerului de sîn, prostată, tiroidă etc.). Dealtfel complicaţiile ce apar în cursul evoluţiei cancerului colului (hemoragii, infecţii, anurie prin compresiunea ureterelor, dureri prin invadarea sciaticului, ocluzie etc.) şi care de cele mai multe ori grăbesc sfîrşitul sînt datorită acestei extinderi loco-regionale a ţesutului canceros.

Pe această particularitate se bazează tratamentul chirurgical care tinde să extirpe «în bloc» organul cancerizat, ţesutul conjunctiv de vecinătate şi aria limfoganglionară satelită.

MODUL DE PROPAGARE LOCO-REGIONALĂ A CANCERULUI COLULUI UTERIN

Căile de propagare ale cancerului de col şi modul cum sînt invadate acestea neoplazic trebuie cunoscute de chirurg, pentru a putea fi extirpate radical.

Spaţiile interstiţiale ale ţesutului conjunctiv pelvian şi reţeaua limfogan- glionară tributară colului sînt căile prin care se face de obicei invadarea neo- plazică. Calea sanguină arterio-venoasă (metastazare la distanţă) ca şi calea tecilor nervoase sînt excepţional întîlnite în propagarea neoplasmului de col.

Aceste căi pot fi invadate neoplazic fie prin « propagare continuă» (« din aproape în aproape»), fie prin « propagare discontinuă». Propagarea continuă are loc cu deosebire în ţesutul conjunctiv din jurul colului (de pildă invadarea parametrelor, a fundurilor de sac vaginale sau a vezicii urinare), pe cînd propagarea discontinuă are loc mai cu seamă în căile limfatice (de pildă: constatarea adenopatiilor iliace maligne în unele cancere de col în stadiul I clinic, parametrele fiind suple şi fără diseminare canceroasă microscopică).

Metodele terapeutice ale cancerului colului uterin trebuie să aibă în vedere căile de diseminare canceroasă, tinzînd fie la sterilizarea lor oncologică (tratamentul prin radiaţii), fie la extirparea lor (tratamentul chirurgical).

Indicaţia terapeutică ca şi amploarea pe care trebuie să o dăm exerezei chirurgicale, depinde în primul rînd de stadiul evolutiv al bolii.

în prezent este admisă clasificaţia TNM (după UICC-TNM. Clasification of malignant tumours. Ediţia IlI-a Geneva, 1978). Clasificaţia se bazează pe aprecierea T (tumorii), N (ganglioni) şi M (metastaze la distanţă).

în fig. 564 am încercat să schematizăm această clasificare.

CLASIFICAREA TNM A STADIILOR CANCERULUI COLULUI UTERIN

(ICD-O 180) * Clasificat 1972. Confirmat 1978. (Recunoscut de UICC, CNC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)**

Recomandarea OMS-ului (UICC) este ca această clasificare să rămînă obligatorie pentru ţările afiliate OMS pînă în 1988.

Precizarea categoriilor T corespunde stadiilor respective acceptate de FIGO în caz că tumora primară este singura manifestare a bolii. Ambele clasificări (TNM şi FIGO) sînt menţionate în rezumatul final, pentru comparaţie.

| ICD-O = International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O; OMS-1976);

** ICPR = The International Commission on stage Grouping in Cancer and the Presen- tation of Results of the International Society of Radiology;

JJC — The Japanese Joint Committee.

CNC = The Canadian National TNM Committee;

UICC — Union International Contre le Cancer.

DSK == Deutschsprachiger TNM-Ausschuss; FIGO = Federation Internationale de Gynâcologie et Obstetrique.

REGULI DE CLASIFICARE

Este obligatorie verificarea histologică a bolii. Orice caz neconfirmat histologic trebuie raportat separat.

Este recomandabil ca examinarea bimanuală prin examen ginecologic şi tuşeu rectal să fie făcută sub anestezie şi să fie făcută mai mult decît de un singur examinator.

Examenul citologic prin puncţie este recomandabil cînd ganglionii regionali sînt palpabili.

Condiţiile minime necesare pentru evaluarea categoriilor T, N şi M sînt următoarele:

— Categoriile T: extinderea lor să fie apreciate prin examinare clinică, cistoscopie şi radiografie (inclusiv urografie) pentru aprecierea stării parame- trelor şi a vezicii.

— Categoriile N: examinare clinică şi radiografie incluzînd urografia şi limfografia pentru studiul ganglionilor limfatici juxta-regionali.

— Categoriile M: examinare clinică şi radiografie.

Dacă aceste condiţii nu pot fi întrunite, se vor utiliza simbolurile TX, NX şi MX.

LOCALIZĂRI ANATOMICE

Endocol (180.0) (LCDO)

Exocol (180.1)

Ganglionii limfatici regionali şi juxta-regionali.

Ganglionii limfatici regionali sînt ganglionii parametriali, hipogastrici (obturatori), iliaci externi, iliaci comuni şi presacraţi.

Ganglionii limfatici justa-regionali sînt ganglionii paraaortici.

Clasificarea clinică preterapeutică TNM T-tumora primară

Categorii uicc	Stadii FIGO	
Tis	O	Carcinom preinvaziv (carcinom in situ).
T0	—	Tumoră primară neevidenţiabilă.
TI	I	Carcinomul limitat la col. Extensia la corp poate să nu fie luată în considerare.
Tla	Ia	Carcinom microinvaziv (cazuri care pot fi diagnosti cate doar histologic).
Tlb	Ib	Carcinomul invaziv clinic.
T2	II	Carcinomul extins dincolo de col, dar fără a ajunge la peretele pelvian şi/sau carcinomul interesînd vaginul, dar nu şi treimea inferioară a vaginului.
T2a	Ila	Carcinomul nu a infiltrat parametrul, dar interesează vaginul (2/3 superioare).
T2b	Ilb	Carcinomul a infiltrat parametrul.
T3	m	Carcinomul interesînd treimea inferioară a vaginului şi/sau extinzîndu-se pînă la peretele pelvian (nu există 1 spaţiu liber între tumoră şi peretele pelvian—apreciere |
Categorii UICC	Stadii FIGO	
T3a T3b	lila Illb	prin tuşeul rectal). Carcinomul interesînd treimea inferioară a vaginului. Carcinomul extinzîndu-se pînă la peretele pelvian şi/sau hidronefroză sau rinichi nefuncţional datorită uretero-stenozei cauzate de tumoră.
T4	IVa	Carcinomul interesînd mucoasa vezicii sau rectului şi/sau extinzîndu-se dincolo de pelvis. Obs.: Prezenţa la cistoscopie a edemului bulos nu este o relaţie suficientă pentru a clasifica o tumoră ca şi T4. Doar mărirea uterului singură nu constituie o justificare pentru notarea cu T4.
Ml	IVb	Diseminarea în organe la distanţă.
TX	■	Condiţiile minime necesare pentru evaluarea tumorii primare nu au fost întrunite.

N — Ganglionii limfatici regionali şi juxta-regionali.

N_0 — Nu se constată interesarea ganglionilor limfatici regionali; N_x —Dovezi arătînd interesarea ganglionilor limfatici regionali;

Obs.: Categoriile N_2 şi N_s nu sînt aplicabile. N_4 — Dovezi arătînd interesarea ganglionilor limfatici juxta-regionali. NX — Nu sînt întrunite un minimum de condiţii necesare pentru evaluarea ganglionilor limfatici regionali sau juxta-regionali.

M Metastaze la distanţă

M_0 Nu se constată metastaze la distanţă;

M1— Metastaze la distanţă; MX — Nu sînt întrunite un minimum de condiţii necesare pentru evaluarea metastazelor la distanţă.

Clasificarea histopatologică postchirurgicală: pTNM

pT Tumora primară.

Categoriile pT corespund categoriilor T. pN — Ganglionii limfatici regionali şi juxta-regionali. Categoriile pN corespund categoriilor N pM — Metastaze la distanţă.

Categoriile pM corespund categoriilor M.

Gruparea stadială

Stadiul 0	Tis		
Stadiul Ia	TI a	NO	MO
Stadiul Ib	Tlb	NO	MO
Stadiul Ila	T2a	NO	MO
Stadiul Ilb	T2b	NO	MO
Stadiul lila	T3a	NO	MO
Stadiul Illb	TI, T2, T3a	NI	MO
	T3b	NO, NI	MO
Stadiul IVa	T4	NO, NI	MO
	Orice T	N4	MO
Stadiul IVb	Orice T	Orice N	Ml

Rezumat

UICC		Colul uterin	FIGO	
Tis		Carcinomul in situ	0	
TI	Tla Tlb	Limitat la col Microinvaziv Invaziv	I	Ib Ia
T2	T2a T2b	Extins la vagin (nu Ia treimea inferioară)/parametru (nu pînă la peretele pelvian). Vagin (nu şi la treimea inferioară) Parametru	II	Ila Ilb
T3	T3a T3b	Extins şi la treimea inferioară a vaginului (parametru, pînă la peretele pelvian). Vagin (treimea inferioară) Parametru (pînă la peretele pelvian)	III	lila IHb
T4		Extins la vezică (sau/şi rect), în afara pelvisului		IVa
Ml		Organe la distanţă		IVb

Cunoaşterea clasificaţiei stadiale este indispensabilă chirurgului, deoarece cancerele colului se împart după stadiul evolutiv în:

— cancere în care tratamentul tinde să rezolve radical boala (stadiul 0, I şi II, stadii radical curabile), vindecarea fiind posibilă într-un procent important;

— cancere în care posibilităţile terapeutice radicale sînt depăşite, extinderea bolii trecînd peste limitele de acţiune eficace a metodelor terapeutice cunoscute astăzi (stadiul III şi IV). în aceste cazuri tratamentul are de cele mai multe ori un caracter paliativ.

Apariţia recidivelor în aceste stadii incipiente este legată în primul rînd de insuficienţa actului terapeutic şi în mod secundar de specificul bolii.

Atragem atenţia în mod deosebit asupra relativităţii acestei clasificări stadiale. Există un indice de eroare destul de mare în aprecierea clinică a gradului de extindere a procesului canceros.

Stadiu apreciat clinic	Stadiul real apreciat prin examen microscopic			
	Stad. I	Stad. II	Stad. III	Stad. IV
Stadiul I	52%	25%	15%	8%
Stadiul II	10%	40%	35%	15%
Stadiul III	0%	25%	50%	25%

Din tabelul întocmit de Taylor (1940) (tabel făcut pe baza studiului mai multor statistici internaţionale), rezultă acest indice de eroare între aprecierea clinică şi extinderea reală (microscopică) a procesului canceros.

Din studiile efectuate de Taylor, rezultă că stadiul clinic corespunde cu cel real (histologic) numai în 40—52% din cazuri.

Studii mai recente confirmă aceeaşi necorespondenţă existentă între stadiul apreciat clinic (preterapeutic) şi stadiul real (apreciat anatomo-patologic).

Astfel E. Burghardt şi H. Pichel (1978) prezintă date similare cu ale lui Taylor.

Stadiul	Invadarea ggl. limfatică		Invadarea zonei marginale a uterului		Invadarea parametrelor	
	Nr. cazuri	%	Nr. cazuri	%	Nr. cazuri	%
I B (44)	7	15,9%	14	31,8%	3	6,8%
11 a (13)	4	33,3	4	30,8	3	23,1
11 b (93)	34	36,5	49	52,7	18	19,3

M. Piver şi Whan Chung (1971) demonstrează că în cadrul aceluiaşi stadiu clinic, stadiul real diferă după diametrul leziunii canceroase de pe col.

Dimens. (în cm)	Stadiul I B				Stadiul II A		
	Nr. cazuri	Nr. cu metastaze gg-	% cu metastaze gg-		Nr. cazuri	Nr. cu metastaze gg-	% cu metastaze ganglionare
1	22	4	18,1	\ 21,1	11	3	27,2 1 } 21,0
2—3	72	16	22,1	1	27	5	18,5 J
4—5	45	16	35,5	1 35,2	44	19	43,1] \ 42,1
6	6	3	50,0	1	13	5	38,4 J
	145	39	26,8*	4	95	32	33,6%

Cazuri apreciate la examenul clinic ca aparţinînd unui stadiu anumit aparţin în mod real altor stadii, de foarte multe ori unor stadii mai avansate.

Aceste date explică în parte frecvenţa crescută a recidivelor ori de cîte ori se practică o chirurgie de organ (histerectomia totală simplă) chiar în stadii incipiente şi întăreşte necesitatea practicării unei chirurgii de sistem, de teritoriu limfatic, chiar în aceste stadii.

Rezultă că în terapeutica chirurgicală a cancerului de col trebuie să optăm pentru necesitatea respectării principiului radicalităţii «maximum permise»

REZULTATELE TRATAMENTULUI EXCLUSIV CHIRURGICAL

Două metode terapeutice: chirurgia şi radioterapia şi-au disputat timp de decenii superioritatea în tratamentul cancerului colului uterin. Niciuna din aceste metode aplicate în mod izolat nu pot asigura vindecarea integrală a bolii, experienţa acumulată în ultima jumătate de secol a arătat că asocierea ambelor metode dă rezultate net superioare aplicării izolate a lor.

Vom încerca mai jos să oferim o bază de înţelegere a avantajelor şi dezavantajelor acestor metode terapeutice aplicate izolat şi superioritatea asocierii lor.

în medie, prin metoda chirurgicală (histerectomia totală lărgită) s-au obţinut vindecări la 5 ani în stadiul I clinic de 60—70%, iar în stadiul II clinic, de 30%. Profesorul C. Stanca, care a fost unul din marii chirurgi ginecologi ai ţării noastre şi care cîştigase o mare tehnicitate în operaţiile ginecologice radicale, nu a putut să depăşească procentul de 60—65% vindecări la 5 ani prin tratamentul exclusiv chirurgical, bolnavele operate fiind în stadii incipiente curabile (stadiul I şi II).

în stadiile III şi IV, tratamentul chirurgical cu intenţie de radicalitate dă rezultate mult inferioare tratamentului radiologie.

Sînt autori, puţini la număr, care publică rezultate mult mai bune după histerectomiile totale lărgite (limfadeno-histero-colpectomie). De exemplu, Brun- schwig (1955) prezintă 78,2% vindecări în stadiul I şi 51,5% în stadiul II. Meigs (1951) prezintă vindecări de 84,4% în stadiul I şi 61 % în stadiul II, rezultate ideale neatinse de nici un alt chirurg în afară de Magara. Trebuie reţinut faptul că după operaţiile hiperextinse ale acestor autori asistăm la grave complicaţii urinare (10% fistule urinare: ureterale sau vezicale în statistica Brun- schwig şi 14% în a lui Meigs39). Aceste complicaţii, adevărate infirmităţi, ridică probleme grele de tratament.

Alte complicaţii grave, înregistrate după tratamentul exclusiv chirurgical practicat prin operaţii hiperlărgite (adevărate celulectomii pelviene), sînt atoniile şi retenţiile cronice de urină, consecinţa extirpării plexului nervos hipogastric inferior şi a nervilor vezicei.

Aceste grave tulburări « pot rămîne definitive şi ireversibile» cum se exprimă H. Robert (1969) care a studiat temeinic sechelele urinare după histerectomiile mult lărgite.

Dacă tratamentul exclusiv chirurgical practicat cu intenţie de radicalitate poate obţine vindecări într-un procent apreciabil în stadiile I şi II (dar net inferior rezultatelor obţinute prin tratamentul asociat radio-chirurgical), în stadiile III şi IV el este total ineficient, agravînd situaţia bolnavelor la care se tentează operaţia cu intenţie de radicalitate.

39 De remarcat că frecvenţa fistulelor urinare chirurgicale nu a scăzut de-a lungul anilor, deoarece Latzko şi Schiffmann în 1919 publică un procent de 10—14% (citat de Gitsch, 1971).

în schimb, în aceste stadii înaintate tratamentele exclusiv radioterapice sau asociate (tratamentele radio-chirurgicale) pot oferi vindecări sau ameliorări în proporţii apreciabile în comparaţie cu gravitatea bolii şi cu insuccesele chirurgiei aplicate în mod izolat.

REZULTATELE TRATAMENTULUI EXCLUSIV RADIOTERAPIC

Tratamentul exclusiv radioterapie s-a perfecţionat continuu în ultimii 30 de ani. Sechelele grave din trecut (radio-necroze pelviene grave şi foarte dureroase, fistule rădice vezico-vaginale sau recto-vaginale) pot fi în prezent evitate în mare parte sau chiar total. Procentul vindecărilor s-a îmbunătăţit impresionant.

Există centre medicale de înalt prestigiu în USA, Canada, Anglia etc. în care tratamentul cancerului de col uterin se practică exclusiv prin metode radiologice, renunţîndu-se la metodele chirurgicale mutilante de tipul histerectomiei totale. Această superioritate a tratamentului exclusiv radioterapie ţine de următorii factori:

— diversificarea surselor de radiaţii şi a metodelor radioterapice;

— optimizarea tehnicii de iradiere, şi individualizarea ei după cazul clinic respectiv.

Dacă în primii 40 ani ai secolului nostru nu aveam la dispoziţie pentru radioterapia

endocavitară (intrauterină şi intravaginală) decît radiumul (ace şi celule) şi aparatul Schaeffer- Witte (rontgenterapie de contact a colului cancerizat), iar pentru iradierea externă numai aparatele de rontgenterapie convenţională de joase energii (200 Kv) cu radiaţii puţin penetrante în profunzimea pelvisului, în prezent avem numeroase metode noi adăugate celor menţionate anterior.

Pentru *radioterapia endocavitară* s-au pus la punct ace şi celule de izotopi radioactivi artificiali (Cobalt, Cesiu, Iridiu), mult mai ieftine şi mult mai puţin «periculoase» pentru paciente şi personalul medical ce le mînuieşte, care nu mai este expus la « boala de iradiere».

S-au imaginat sistemele de aplicatoare « after-loading» care constau din tuburi metalice goale ce se introduc în lumenul colului şi uterului şi în fundurile de sac vaginale; prin computere se calculează curbele optimale de izodoze şi prin radiografii repetate ale pelvisului, tuburile aplicatoare sînt fixate definitiv în poziţia optimă. în toată această perioadă de timp (destul de lungă) personalul medical şi bolnava nu sînt iradiaţi. Apoi printr-un sistem de telecomandă sînt propulsate sursele radioactive în interiorul acestor tuburi şi iradierea focarelor canceroase de Ia nivelul colului, parametrelor şi vaginului se face în condiţii optime, evitîndu-se la maximum iradierea vezicei şi rectului ce evită şi iradierea inutilă a bolnavei ca şi a personalului medical ce aplică sursele radioactive. Cu ajutorul curieterapiei endocavitare se pot administra la nivelul colului, corpului uterin şi în unele zone ale parametrelor doze uriaşe de radiaţii (15 000—25 000 Rad) ştiind că doza tumoricidă în cancerele de tip pavimentos variază între 5 000—7 000 R (fig. 565).

Sistemele « after-loading» (de exemplu aparatele Curietron sau Cervitron) au perfecţionat mult tehnica iradierii cancerelor de col.

Pentru *radioterapia externă transcutanată* s-au pus la punct aparate ce emit radiaţii cu mare penetrabilitate în profunzimea pelvisului. De exemplu, în trecut, la aparatele clasice de rdntgenterapie cu energii joase de 200 Kv, doza maximă de iradiere cumulată la nivelul ganglionilor pelvisului şi parametrelor era de 2500—3500 Rad, doză ce nu putea distruge celulele canceroase din aria ganglionară; în prezent, graţie aparatelor ce utilizează radiaţii de megavoltaj cum ar fi spre exemplu bombele de cobalt (radiaţii gama), betatronul şi acceleratorul linear40, se poate concentra strict în aria ganglionilor pelvisului şi parametrelor (fig. 566) cca. 4 000— 6 000 Rad, adică o doză verificată ca tumoricidă, fără a produce radionecroze tegumentare, dis- trucţii osoase (de exemplu, fracturi prin radionecroza colului femural) sau radionecrozele vezicei şi rectului.

Prin tratamentul exclusiv radioterapie se obţin vindecări la 5 ani neaşteptat de bune, mult mai bune decît cele obţinute prin aplicarea exclusivă a tratamentului chirurgical.

Datele publicate recent (1964) de UICC (Annals Reports) confirmă următoarele procente de vindecări la 5 ani (însumarea mai multor statistici internaţionale): *Chirurgia* (aplicată izolat): In stadiul I = 73,7%; în stadiul II = 50,3%; *Iradierea* (aplicată izolat): în stadiul I = 76,9%; în stadiul II = 60%.

Există centre oncologice care prezintă rezultate mult mai bune prin tratamentul exclusiv radioterapie. Iradierea pelvisului cu betatronul sau acceleratorul linear dă rezultate mai bune decît cobaltoterapia.

40 1 Kv =c 1 000 Volţi, 1 MeV = 1 000 000 Volţi; Bomba de cobalt emite radiaţii I (gama) de 1,3 MeV, acceleratoarele liniare utilizate în clinică sînt de 5 MeV 18 şi 25 MeV.

Stadiul	Procentaj de vindecări la 5 ani	
	Institutul Gustave-Roussy*	Anderson Hospital**
I II IA II JB III |A III JB IV	81% 60% 30% 8%	91,5% 83,5% 1 } 75% 66,5% J 45,0% 1 | 40,5% 36,0 14,0%

* Institutul Gustave-Roussy (Paris) rezultate obţinute cu cobaltoterapie; Kritter şi Lalanne: Joum. 1 Radiologie, 1968, 49, 65.

** Anderson Hospital (Houston), rezultate obţinute cu accelerator linear; Fletcher: Proc. Roy. Soc, (1 Med., 1968, 61, 391.

Vindecări la 5 *ani obţinute exclusiv prin tratamentul iradiant cu energii înalte* (1968).

Date recente publicate de J. P. Smith (USA) şi citate de V. Marcial (1978) prezintă vindecări la 5 ani excepţional de bune exclusiv cu tratamentul radiologie modern (st. I 97%; st. II 92% şi st. III 52%).

Rezultatele obţinute prin tratamentele moderne de radioterapie sînt convingătoare şi ar face pe orice chirurg cu conştiinţă să «depună bisturiul», deoarece nici cele mai bune statistici cu tratamente exclusiv chirurgicale (atunci cînd operaţiile sînt făcute de marii aşi ai bisturiului) nu pot atinge nivelul ridicat al vindecărilor obţinute prin tratamente exclusiv radioterapice. Din nefericire tratamentul radioterapie ideal cu aparatură ultramodernă şi specialişti calificaţi (radioterapeuţi ii ginecologi şi fizicieni) nu poate fi executat în prezent decît în unele centre oncologice, încă puţine la număr. Aparatura este foarte scumpă iar radioterapeuţii dublaţi de educaţie în fizica radiaţiilor se formează greu.

Cu toate progresele făcute, radioterapia modernă nu poate rezolva integral (100%) sterilizarea focarelor canceroase de la nivelul colului uterin şi a metastazelor din ganglionii pelvieni sateliţi colului cancerizat. Aceste focare neo- plazice restante după iradierea pelvisului pot fi însă extirpate chirurgical.

Din aceste motive: 1) nesterilizarea sistematică a colului cancerizat şi metastazelor ganglionare ca şi, 2) costul ridicat al aparaturii şi dificultăţile întreţinerii tehnice a acesteia, metoda exclusiv radioterapică nu a fost adoptată de toate centrele oncologice; metoda tratamentului asociat radio-chirurgical, oferind şi ea şanse mari de vindecare, este adoptată în prezent de numeroase centre oncologice. Pentru încă mulţi ani, asociaţia radio-chirurgicală va fi metoda preferată, din motivele expuse mai sus.

REZULTATELE TRATAMENTULUI RADIO-CHIRURGICAL ASOCIAT

Dintr-o anchetă făcută în 70 centre oncologice, cele mai renumite din America (SUA), Europa (Anglia, Franţa, Suedia etc.), Japonia şi Australia (anchetă făcută de Kim Suk Whan, Park în Suh ş.a. — J. Korean Med. Ass., 1966, 9, 861) asupra tratamentului preferat aplicat în cancerul colului uterin, se ajunge la următoarele concluzii:

1. Tratamente exclusiv radioterapice: —34 institute şi clinici;
2. Tratamente radiochirurgicale: —20 institute şi clinici;
3. Tratamente exclusiv chirurgicale: —16 institute şi clinici.

Se poate vorbi, faţă de situaţia din 194Q—1950, cînd majoritatea clinicilor erau pentru tratamentul exclusiv chirurgical, că în tratamentul cancerului de col asistăm la o adevărată răsturnare a valorii metodelor terapeutice şi folosind o expresie a lui Ducuing putem afirma că tratamentul cancerului de col uterin se află la o «turnantă». Tratamentele exclusiv chirurgicale pierd din ce în ce terenul şi cîştigă tratamentele radioterapice sau radio-chirurgicale.

Personal, pe o experienţă acumulată pe mai multe mii de cancere de col (peste 5 000 cazuri), pot afirma cu toată convingerea că pentru condiţiile existente în ţara noastră, unde avem o puternică reţea de mare chirurgie şi o dotare mai modestă radiologică 41, cea mai bună metodă de tratament este dată de asociaţia radio-chirurgicală.

Nu putem opta pentru tratamentul exclusiv radioterapie. Pentru motivele expuse anterior (imposibilitatea sterilizării 100% a leziunii colului canceros şi a ganglionilor pelvieni cu metastaze). Nu putem opta pentru tratamentul exclusiv chirurgical, fiindcă acesta practicat singur oferă cele mai mici şanse de vindecare, mai ales în stadiile II—III, situaţie în care se prezintă majoritatea bolnavelor. în schimb putem aplica cu succes tratamentul asociat radio-chirur- gical, care oferă în prezent statistici foarte bune de supravieţuire la 5 ani. Majoritatea ţărilor din Europa (Franţa, Germania, URSS, Anglia etc.) aplică în practică acest tratament. Chiar Institutul RadiumHemet din Stockholm, unde au lucrat marii radioterapeuţi Haymans şi Kottmeyer partizani convinşi ai tratamentului exclusiv radioterapie, a optat în ultimii 20 de ani pentru tratamentul radio-chirurgical.

în sprijinul superiorităţii tratamentului radio-chirurgical aducem argumentt statistice şi argumente deduse din biologia şi clinica neoplasmelor de col uterin.

1. Institutul Curie din Paris îşi prezintă rezultatele pe 1 000 de cazuri de cancere de col uterin tratate prin asociaţie radio-chirurgicală (Pilleron, Durând şi Lenoble, Transactions, Xth Intern. Cancer Congr. Houston, 1970).

Mortalitatea operatorie a fost 0,85% iar fistulele urinare 42 şi rectale 1,5%; pentru stadiul I clinic supravieţuirea la 5 ani a fost de 80%; de 60% pentru stadiul II clinic şi de 30% pentru stadiul III clinic.

Şcoala oncologică românească a adoptat încă din 1953 asociaţia radio- chirurgicală ca metodă ce trebuie aplicată de principiu (Costăchel O., Petroşanu I., Chiricuţă I., Trestioreanu AL, Dragon V., Popovici O., Mudric V., Spiridon M. şi Moldovan I.).

Institutul Oncologic Bucureşti (Dragon V., Trestioreanu Al., 1969) a obţinut prin tratamentul complex radio-chirurgical o supravieţuire de 89,3 % pentru stadiul I clinic şi 75,3% pentru stadiul II clinic.

Institutul Oncologic Cluj (perioada 1958—1963, cu o echipă radio-chirur- gicală condusă de Prof. I. Chiricuţă) obţine o supravieţuire de 89,8% pentru stadiul I clinic şi de 74,1% în stadiul II clinic (mortalitate 0,15% şi fistule urinare 0,10%).

Importanţa sterilizării tumorii colului (verificată histo-patologic) şi starea de invadare neoplazică a ganglionilor pelvieni explică variaţiile procentului de vindecări.

în statistica Institutului Oncologic Cluj, supravieţuirile la 5 ani în stadiul I clinic după efectuarea tratamentului radio-chirurgical au fost (Rişcă M.): | — 97 % cînd leziunea malignă a colului a fost găsită histo-patologic sterilă după radioterapie intracavitară cu radium şi ganglionii pelvisului nu au fost găsiţi invadaţi canceros, după o prealabilă iradiere;

— 67% cînd colul nu a fost complet sterilizat oncologic iar ganglionii au fost negativi;

— 33% cînd ganglionii au fost găsiţi invadaţi canceros.

Iată de ce este important ca întreaga piesă operatorie să fie examinată histo-patologic (col, corp uterin, parametre, vagin, ganglionii pelvieni extirpaţi).

Dacă în stadiul I clinic cu ganglionii pelvieni găsiţi invadaţi neoplazic (verificare histologică) se obţinea o supravieţuire la 5 ani doar de 33% după iradierea convenţională cu 200 Kv, procentul vindecărilor a crescut la 41,6% după introducerea iradierii cu energii înalte (t jmba de Cobalt).

Statisticile sînt convingătoare pentru superioritatea tratamentului radio- chirurgical. Argumentele de ordin biologic sînt expuse în capitolul ce urmează.

AVANTAJELE TRATAMENTULUI ASOCIAT RADIO- CHIRURGICAL ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN

S-a văzut că tratamentul chirurgical aplicat izolat nu poate rezolva problema cancerului colului uterin.

Excepţie fac numai carcinomul intraepitelial (CIE) şi microcancerul (deci stadiile 0 şi Ia), care pot beneficia integral de actul operator.

Explicaţia constă în faptul că în cancerele surprinse în stadiul 0 şi Ia, celulele canceroase nu au avut timpul să invadeze ţesutul conjunctiv periuterin (retinaculum uteri) şi nici reţeaua limfatică pelviană, încît histerectomia (totală simplă sau lărgită) poate asana în întregime şi focarul canceros.

în stadiile Ib, II şi III situaţia este cu totul schimbată. Toate studiile efectuate (vezi tabelele întocmite de Taylor, Burghard şi Piver expuse în capitolele precedente) arată că există o diseminare celulară neoplazică mai mult sau mai puţin apreciabilă clinic dar evidentă întotdeauna histologic atît în reţeaua limfatică a pelvisului cît şi în interstiţiile ţesutului conjunctiv periuterm

Aplicarea izolată a exerezei chirurgicale, oricît de extinsă ar fi, nu poate asigura suprimarea în totalitate a acestei largi zone a diseminării canceroase.

Dacă se forţează exereză chirurgicală asociind histerectomiei totale lărgite o veritabilă celulectomie a pelvisului extirpînd întreg ţesutul conjunctiv pelvian şi întreaga reţea limfatică dependentă de colul uterin, aşa cum a recomandat Thoma Ionescu la începutul secolului şi mai recent Meigs (1951) s-ar creea grave invalidităţi postoperatorii ca: paralizia vezicii urinare (prin extirparea plexului nervos hipogastric inferior şi a nervilor vezicii), devitalizări ale ureterului urmate de fistule urinare sau stenoze ureterale urmate de hidronefroze şi infecţii urinare ce ar duce în final la moartea pacientelor, fără a garanta 100% vindecarea cancerului.

Deci extinderea exerezei chirurgicale are anumite limite impuse de anatomia pelvisului (plexuri nervoase, uretere etc.) şi a împinge la extrem exereză înseamnă să depăşim fiziologicul, creînd din bolnavele operate veritabile infirme sociale.

---

41 în fiecare capitală de judeţ se găsesc aparate de rontgenterapie convenţională 200 kV (pentru radioterapia profundă, transcutană) şi perle de cobalt radioactiv pentru aplicaţii intra- vaginale. Există şi aparate Chaoul ce pot fi adaptate pentru radioterapia de contact intrava- ginală. în unele centre (Bucureşti şi Cluj-Napoca) există ace şi tuburi de radium. Bombe de cobalt există în prezent în centrele universitare Bucureşti, Cluj-Napoca, Iaşi şi Timişoara. Sînt prevăzute înfiinţarea mai multor centre interjudeţene prevăzute cu bombe de cobalt, dintre care au intrat deja în funcţiune centrele: Braşov, Oradea şi Galaţi. Primul accelerator linear va fi instalat la Institutul Oncologic din Cluj-Napoca, în anul 1981.

42 De comparat cu procentul ridicat în care sînt întîlnite aceleaşi grave complicaţii urinare în statisticile unora dintre cei mai virtuoşi chirurgi care practică exclusiv tratamentul chirurgical (10% Sn statistica Brunschwig şi 14% în statistica Meigs).

AVANTAJELE EFECTUĂRII ACTULUI OPERATOR SUB PROTECŢIA RADIOTERAPIEI

Vom trece în revistă marile avantaje pe care le au atît bolnavele cît şi chirurgul atunci cînd actul operator este precedat de iradierea pelvisului.

1. Preiradierea corect efectuată oferă chirurgului un pelvis în care infiltratele neoplazice sînt distruse total sau parţial. PEV-ul (puseul evolutiv) este inhibat.

2 Se operează pe un pelvis aseptizat sau cu microbismul redus la maximum.

3. Starea generală a bolnavelor poate fi reechilibrată în intervalul dintre tratamentul radioterapie şi exereză chirurgicală.

1. Preiradierea distruge total sau parţial ţesutul canceros, diminuînd riscul recidivelor. Actul operator, executat pe un pelvis cu un ţesut conjunctiv infiltrat microscopic canceros, va favoriza diseminarea cancerului şi apariţia unor recidive pelviene.

Radioterapia efectuată preoperator evită acest risc, deoarece microdise- minarea canceroasă existentă în spaţiile interstiţiale ale ţesutului conjunctiv pelvian *(retinaculum uteri)* ca şi în capilarele limfatice, poate fi distrusă în cea mai mare parte, dat fiind radiosensibilitatea crescută a cancerelor de col uterin. Riscul diseminării canceroase provocate de traumatismul chirurgical este redus la maximum sau este chiar inexistent, atunci cînd se operează după un prealabil tratament radioterapie.

Este ştiut că există unele cancere aflate în «puseu evolutiv» (PEV-ul autorilor francezi) caracterizate printr-o proliferare celulară rapidă şi o malignitate crescută. Existenţa PEV-ului este bine demonstrată în evoluţia cancerelor mamare, unde operarea fără preiradiere grăbeşte diseminarea şi decesul. Fenomenul de PEV există şi la cancerele colului uterin dar el este greu de apreciat clinic, în comparaţie cu situaţia cancerelor de sîn, unde PEV-ul poate fi relativ uşor apreciat (prin examen clinic, mamografie şi termoviziune). A opera un cancer de col uterin cu PEV, înseamnă a « biciui» malignitatea fapt ce favorizează recidiva şi metastazarea.

Radioterapia efectuată preoperator are marele avantaj că diminuă malignitatea reducînd şi PEV-ul sau sterilizează chiar integral focarele canceroase.

Vom analiza în detaliu posibilitatea de sterilizare a diseminării canceroase din fiecare zonă anatomică a pelvisului, limitîndu-se mai ales la situaţia cancerelor din stadiul I şi II, adică la stadiile care pot beneficia de un tratament chirurgical cu intenţie de radicalitate. Stadiile înaintate m şi IV beneficiază mai ales de tratamentul radioterapie (vezi capitolul Indicaţia terapeutică).

Teoretic se poate astăzi concentra în oricare zonă pelviană o doză uriaşă de radiaţii cu ajutorul aparatelor de megavoltaj: bombe de cobalt, betatroane şi acceleratoare, cantitate de radiaţii ce ar depăşi cu mult doza utilă pentru obţinerea sterilizării focarelor tumorale (doza tumoricidă pentru cancerele de tip pavimentos variind între 5000—7000 Rad) (a se urmări fig. 565 şi 566).

Practica arată însă că depăşirea dozelor utile (5 000—7 000 R) poate crea radionecroze ale ţesuturilor iradiate; atunci cînd aceste leziuni interesează rectul sau vezica (organe foarte apropiate colului) apar suferinţe mari (cistita şi rectita rădică) sau infirmităţi grave (fistulele vezico- şi recto-vaginale).

Există deci o limită în posibilităţile de iradiere, limită impusă de biologia ţesuturilor pelviene şi a organelor vecine colului.

Practica mai arată că, chiar dacă depăşim cu mult doza zisă tumoricidă, uneori focarul canceros nu poate fi sterilizat (fenomenul de « radio-rezistenţă»).

Dintre organele pelviene posibil a fi invadate neoplazic, practica arată că nu pot fi întotdeauna sterilizate oncologic, prin iradiere colul uterin şi ganglionii limfatici sateliţi metastazaţi. în schimb, infiltratele canceroase din pereţii vaginului şi cele parametriale de mici dimensiuni (situaţie întîlnită în stadiul II) pot fi sterilizate oncologic prin iradiere într-un procent de aproape 100%.

Aşa se explică că unii autori (M. Dargent şi Papillon, 1960) care operează după o iradiere prealabilă, lasă pe loc parametrele, limitîndu-se doar la o histerectomie totală simplă la care adaugă extirparea 1/3 superioare a vaginului şi limfadenectomia pelvisului. Autor» citaţi au ajuns la această formulă de tratament, deoarece lăsînd pe loc parametrele sterilizate prin iradiere, evită neplăcerile disecţiei ureterelor (fistule, stenoze).

Pare paradoxal, dar colul uterin cancerizat care primeşte, în urma aplicaţiilor endouterine şi endovaginale, doze uriaşe de radiaţii (15—20'000 R), poate fi sterilizat oncologic numai în proporţie de 80—90 %. De exemplu, Pilleron de la Institutul Radium Fondation Curie din Paris (instituţie de înalt prestigiu) constată pe 1 000 cazuri că sterilizarea oncologică a colului după radium este de numai 80%.

Rezultă că lăsarea pe loc a colului iradiat şi nesterilizat oncologic expune la recidivă sigură şi acest pericol nu poate fi ignorat, atunci cînd frecvenţa este atît de mare (10—20% recidive). Aici tratamentul radio-chirurgical îşi arată superioritatea faţă de tratamentul exclusiv radiologie, deoarece prin actul operator (histerectomia) ce urmează iradierii, colul este îndepărtat.

O a doua zonă anatomică unde radioterapia nu poate asigura o sterilizare absolut sigură a ţesutului canceros este zona ganglionilor limfatici posibil metastazaţi.

Nu trebuie uitat faptul, că adenopatia canceroasă este frecvent întîlnită (cca. 20—40%) chiar în stadiile clinice I şi II, stadii considerate a fi radical curabile; sînt publicate diferite procente expuse în tabelul următor:

Frecvenţa invaziei ganglionare în funcţie de stadiul evolutiv al bolii

Autorul	STADIUL		
	r (%)	*i r/o)*	III (%)
Tausig, 1945 (pe 1757 cazuri)		27,0	
Meigs (cit. de Bartolotti, 1964)	20,0	25,0	, ■. —B11
Brunschwig şi Daniel, 1958	14,2	28,8	15,0
Mitani şi colab., 1962	30,2	33,6	46,3

Magara, 1966	11,3	42,6	57,0
Huguier şi Cerbonnet, 1967	15,0	30,0	60,0
Graham (cit. de Sarazin, 1970)	15,0	30,0	
Navratil (cit. de Ackerman, 1967)	11,0	23,0	43,0
Institutul Oncologic Bucureşti (Dragon, Trestioreanu, 1969); cazuri preiradiate	9,5	15,8	
Institutul Oncologic Cluj-Napoca (Chiricuţă, Rişcă, 1969); cazuri neiradiate	13,9	24,6	42,0

Tipul histopatologic al cancerului de col joacă un rol important în invazia ganglionară. Este mai rar întîlnită în cancerele bazocelulare, ceva mai frecvent în cancerele spinocelulare, procentul cel mai mare de invazie existînd în adenocarcinoame. Tabelul de mai jos extras din lucrările lui J. Botella Llusia (1970) subliniază acest aspect.

Stadiu clinic	Bazocelulare		Spinocelulare		Adenocarcinoame	
	gangl. + %	gangl.— %	gangl. +%	gangl. —%	gangl. +%	gangl. —%
I	7,3	92,7	23	77	44,4	55,6
II	13,6	86,4	51,2	48,8	84,2	15,8
m	18	82	59,3	40,7	82,3	17,7

Practica arată că radioterapia clasică cu aparate de ortovoltaj (200 Kv) nu poate concentra la nivelul ganglionilor pelvieni o doză mai mare de cca. 2 000 R, doză ce este departe de a fi tumoricidă. Chiar utilizarea aparatelor de megavoltaj (bombă, cobalt, betatron, accelerator) care pot concentra ţintit în ganglionii metastazaţi doze teoretic tumoricide (4 000—6 000 Rad) nu realizează cu siguranţă sterilizarea ganglionilor invadaţi43.

în acest sens statisticile recente ale lui Fletcher şi Morton (Textbook of Radiology — Ed. Lea-Febiger-lPhiladelphia, (1966) radioterapeuţi de mare prestigiu în folosirea aparaturii ultramoderne de megavoltaj (acceleratoare) arată (vezi tabelul) că cea mai corectă iradiere nu poate steriliza oncologic ganglionii invadaţi canceros decît la aproximativ 50% din cazuri (la stadii clinice similare).

Procedeul terapeutic	Fletcher, 1966	Morton. 1964
	Ganglioni cu metastaze (Verificaţi histologic)	
Ganglioni extirpaţi fără preiradiere	43%	22,7%
Ganglioni extirpaţi după ce au fost iradiaţi	22%	12,5%

Taussig (1943) arată că î.i St. II la cazurile neiradiate 32% din ganglionii extirpaţi erau invadaţi canceros, procentul scăzînd la 26% la bolnavele iradiate preoperator.

Probabil că ganglionii de mici dimensiuni pot fi sterilizaţi prin radioterapia cu megavoltaj dar adenopatiile canceroase voluminoase nu pot fi integral sterilizate oncologic.

Ganglionii pot fi însă teoretic extirpaţi aproape în totalitate printr-o operaţie reglată de limfadenectotnie pelviană.

Chiar dacă în practică nu pot fi extirpaţi în totalitate, ganglionii de mici dimensiuni ca şi micile porţiuni rămase din marii ganglioni metastazaţi şi extirpaţi chirurgical ar putea fi sterilizate printr-o radioterapie cu megavoltaj efectuată postoperator (fig. 567).

43 Spre diferenţă de parametre (formaţiuni anatomice bogate în ţesut conjunctiv şi foarte bine irigate sanguin printr-o reţea vasculară dezvoltată), ganglionii sînt lipsiţi de ţesut conjunctiv şi au o reţea capilară sanguină deficitară. în plus, aglomerările de celule canceroase formează mase compacte în ganglioni. Aceştia sînt doar cîţiva din factorii ce creează răspunsuri diferite ale acestor formaţiuni anatomice (parametre şi ganglioni limfatici) fată de doze egale de radiaţii.

Statistica lui Fletcher (1966) prezentată mai jos, demonstrează superioritatea tratamentului complex radiochirurgical asupra tratamentului exclusiv radioterapie.

Stadiul	Iradiere singură		Iradiere + limfadenectomie	
	Nr. cazuri	Vindecări la 5 ani	Nr. cazuri	Vindccări la 5 ani
I	30	86%	39	93%
II A	39	77%. } 65,5%	39	89 %j } 75,5%
II B	25	54 %l	28	62 %|
III	48	54%	63	48%

Am mai prezentat şi alte statistici care subliniază superioritatea tratamentului asociat radio-chirurgical.

Operaţia nu trebuie făcută imediat după terminarea radioterapiei. Studiile radiobiologice arată că efectele distructive ale radioterapiei asupra celulelor canceroase continuă şi după încetarea radiaţiilor, efectul maxim tumoricid fiind înregistrat la 4—6 săptămîni după suprimarea radioterapiei. După o perioadă de timp (de cîteva luni-ani) cuiburile neoplazice rămase nedistruse îşi pot relua evoluţia. Cel mai lung interval de reluare a activităţii neoplazice întîlnit în practica personală a fost de 8 ani, timp după care procesul neoplazic al colului, considerat vindecat, şi-a reluat activitatea (bolnava fiind tînără se limitase numai la tratamentul iradiant, refuzînd operaţia mutilantă).

în intervalul de 6 săptămîni dintre tratamentul radiologie şi exereză chirurgicală starea generală a bolnavelor poate fi reechilibrată în condiţii optime (anemia, discraziile sanguine, septicitatea reziduală vaginală precum şi alte tulburări: cardiace, pulmonare, hepatice, renale, metabolice, în special diabetul etc.).

Unii autori (Gest J., Guerin şi colab., 1966) recomandă ca exereză chirurgicală să se practice imediat (la 48 ore) după scoaterea surselor radifere din uter şi vagin. Noi am constatat că operînd în felul acesta există posibilitatea unor hemoragii mari (semnalate şi de autorii citaţi) şi un mare disconfort tehnic. Operînd după un interval liber mai lung (optimum 4—6 săptămîni) aceste dezavantaje dispar, operaţia efectuîndu-se în condiţii tehnice excelente. Experienţa institutelor Oncologice din Bucureşti şi Cluj-Napoca, pe mii de cazuri operate în aceste condiţii de preiradiere, ne determină să infirmăm afirmaţiile unor ginecologi care consideră că preiradierea îngreunează tehnica exerezei chirurgicale; rămînem ferm convinşi că o preiradiere efectuată de un bun radioterapeut, cu o aparatură adecvată, uşurează tehnic exereză chirurgicală, crelnd în plus condiţii optime de securitate oncologică.

2. *Preiradierea reduce riscul complicaţiilor septice postoperatorii.* Cancerul colului este un cancer infectat. Infecţia nu se limitează numai la procesul canceros al colului, existînd şi o septicitate parametrială evidentă. Operaţia efectuată în aceste condiţii poate declanşa infecţii grave (celulite pelviene şi chiar peritonite).

Operînd după o iradiere prealabilă situaţia este total schimbată. Focarul de septicitate (bogat şi în floră anaerobă), este însuşi masa tumorală a colului care prin numeroasele sale zone de necrobioză, prin staza din lacurile sanguine intratumorale, prin suprafaţa exulcerată a tumorii şi prin hemoragiile permanente, întreţin un microbism exacerbat în vagin şi în însăşi masa canceroasă. Acest microbism pătrunde în spaţiile conjunctive ale retinacum-ului uteri, creînd o celulită septică parametrială de acompaniament.

Iradierea efectuată preoperator (radiumterapie intracavitară) duce în aproape 100% la distrugerea macroscopică a tumorii colului, în 80—94% determinînd chiar sterilizarea oncologică a colului canceros (histologic nu se mai găsesc celule canceroase).

După topirea masei tumorale, microbismul generat de ea prin mecanismele expuse, se reduce treptat, pînă la dispariţie *. In intervalul de timp care trebuie lăsat între iradiere şi operaţia radicală (aproximativ 6—8 săptămîni) celulita septică pelviană se reduce treptat pînă la dispariţia totală. Operînd după preiradiere, complicaţiile septice sînt mult reduse din urmările postoperatorii.

3. *Preiradierea permite o bună pregătire a organismului pentru operaţie.* Cancerul colului uterin induce o anemie prin hemoragiile repetate, uneori reprezentate de mici cantităţi de sînge (« hemoragia distilantă» a lui Pozzi) neobservate de bolnavă. Operaţia radicală nu se poate practica decît după corectarea anemiei.

Radioterapia efectuată preoperator are şi avantajul că suprimînd tumoarea, se suprimă şi sursa hemoragiilor trenante; în intervalul de 6-—8 săptămîni există toate condiţiile de a se normaliza tabloul sanguin şi reface starea generală a pacientelor.

Rezumînd posibilităţile terapeutice ale radioterapiei şi chirurgiei observăm că ele nu se exclud ci se completează (vezi tabelul).

Posibilitatea de suprimare a focarelor canceroase prin tratamentele: chirurgical, radiologie şi radio-chirurgical

Organul invadat canceros.	Tratamentul chirurgical exclusiv	Tratamentul radioterapie exclusiv	Tratamentul asociat radiochirurgical
1	2	3	1
Colul uterin	St 100% poate fi extirpat	± 10—15% nu poate fi sterilizat	+ -r
Vaginul	S§	+	4. -f
Parametrele	■ .M- Nu pot fi extirpate în totalitate	+	+ +
Ganglionii limfatici	±	± aprox. 50% nu pot fi sterilizaţi	n

* Dacă radioterapia, în special radiumterapia şi aplicaţiile locale de perle de cobalt radioactiv, poate steriliza microbian total sau parţial septicitatea colului uterin şi infiltratul septic parametrial, ea poate deveni extrem de periculoasă prin activarea colecţiilor purulente închistate în anexe (piosalpinx); acestea acutizîndu-se, pot crea pelvi-peritonite şi peritonite grave. Pentru aceste motive înainte de a se decide aplicarea de radium, se va face un examen ginecologic atent. în caz de constatare a unor focare septice active în anexe, acestea se vor îndepărta operator (anexectomie) înainte de aplicarea radiumului. Dacă se constată o piometrie- radiumul nu se va aplica decît după evacuarea puroiului prin dilatarea canalului cervical. Cancerul colului se va iradia ulterior şi abia în final se practică histero-colpectoroia cu limfade- nectomia pelvisului.

1 | 2			3		4
Vindecări la	St. I.	78,2%	St. I	= 91%	St. I = 89,8%
5 ani (cîteva din cele mai bune statistici publicate).	St. II.	51.5%	St. II	= 75%	St. II =74,1%
	Fistule =	10%	St. III	= 40,5%	St. III =40%
	Mortalitate *Brurtschwig*	1,3%	Mortalitate *Fletcher* (iradiere cu accelerator)	= 0%	Mortalitate = 0,15% *Chiricuţă 1 Rişca M., Carpen M., Ghilezan N*
	St. I.	84,4%	St. I	= 81%	St. I. =89,3%
	St. 11	61%	St. II	= 60%	St. II = 75,3%
	Fistule =	14%	St. III	= 30%	*Trestioreanu Al* şi *Dragon VI.* (cu radium şi Rtg. externă).
	Mortalitate = *Meigs*	1,6%	St. IV (iradiere cu bombă de cobalt) *Kritter* şi *Lalanne*	= 8%	

Ceea ce nu poate steriliza oncologic radioterapia (colul şi ganglionii) poate suprima cu eficienţă chirurgia.

Preiradierea reduce riscul recidivelor postoperatorii, reduce septicitatea pelvisului şi permite o reechilibrare a organismului asigurînd o evoluţie bună postoperatorie.

Preiradierea permite efectuarea unei histerectomii lărgite mai fiziologice, care să menţină în bune condiţii controlul micţiunii (asigurînd păstrarea nervilor vezicii) şi troficitatea ureterelor.

Examinînd prin secţiuni senate microscopice piesa operatorie, putem localiza zonele anatomice în care procesul neoplazic nu a fost sterilizat de radioterapia preoperatorie şi postoperator putem continua un tratament radioterapie ţintit; această radioterapie complementară roate distruge resturile tumorale de mici dimensiuni rămase în zonele unde au fost extirpaţi ganglionii limfatici de volum mare şi invadaţi canceros sau parametrele găsite a fi încă cu resturi tumorale.

Acestea sînt în linii mari argumentele teoretice, verificate de practica noastră şi a altor autori, pe care se bazează asocierea chirurgiei cu radioterapia în cadrul tratamentului complex radio-chirurgical. Locul pe care-1 ocupă intervenţia chirurgicală în tratamentul cancerului colului uterin este deci bine precizat. Chirurgia face parte dintr-un complex terapeutic radio-chirurgical în cadrul căruia indicaţia intrării în acţiune a fiecăreia din aceste metode este dictată de stadiul evolutiv al bolii şi de starea generală şi locală a bolnavelor. Se poate vorbi deci de o tactică şi strategie a tratamentului radio-chirurgical al cancerului colului uterin.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN

MOMENTUL APLICĂRII TRATAMENTULUI CHIRURGICAL

Indicaţia terapeutică în cancerul colului se fixează în primul rînd după stadiul clinic al leziunii canceroase.

Dacă aprecierea clinică a stadialităţii este iniţial suficientă pentru fixarea indicaţiei, aceasta va trebui să fie modificată după cunoaşterea stadiului real al extinderii canceroase, pe baza controlului intraoperator al leziunilor şi a rezultatelor examenului histopatologic efectuat pe cupe seriate din întreaga piesă operatorie extirpată.

Există şi o serie de factori suplimentari care trebuie luaţi în considerare în definitivarea indicaţiei terapeutice, prezenţa lor putîndu-o modifica radical.

Aceşti factori pot fi schematizaţi în felul următor:

A .*Factori în fu n c{i e de bolnavă:*

a)Factori generali:

. — starea generală (alterată sau nu);

— vîrsta la tinere, malignitatea fiind în general mai crescută, radioterapia postoperatorie se recomandă în toate stadiile (în afară de stadiul 0), indiferent de gradul de diseminare canceroasă găsită la examenul histopatologic al piesei operatorii. La bătrîne (peste 70 ani) pot exista dificultăţi în curieterapia endocavitară (stenoze senile) sau se constată imposibilitatea de a rezista la o operaţie atît de dificilă;

— stări fiziologice: sarcina;

— stări patologice asociate: cardiopatii grave, nefropatii cronice, diabet, ateroscleroză, obezitate.

b)Factori loco-regionali:

— conformaţia vaginului (şi a uterului): stenoză, atrezii, malformaţii, etc. (împiedică aplicarea terapiei radiante intracavitare);

— existenţa unor focare septice pelviene sau abdominale: anexite acute, pelviperitonite, piometrii, apendicită acută etc. (contraindică iradierea);

— hemoragii masive ce nu pot fi stăpînite prin conduita obişnuită (tampo- nare, hemostatice etc.).

B. *Factori în fu n c ţ i e de boală* (în afară de stadiul clinic al bolii):

I tipul histologic al leziunii (ne dă oarecare indicaţii asupra radiosensi- bilităţii sau a tendinţei la metastazare limfatică).

C. Factori organizatorici :

Imposibilitatea de a aplica terapia radiantă intravaginală asociată cu rontgenterapia profundă externă în timp util, pentru a asigura frînarea evoluţiei bolii (lipsa radiului, a aparatului Schaefer-Witte, a localizatoarelor intra vaginale etc.).

De aceea s-au creat centre dotate corespunzător pentru un tratament radio-chirurgical complex (de exemplu, institutele oncologice) spre care pot fi dirijate bolnavele.

în general sînt socotite stadii curabile stadiile 0, I şi II; în aceste stadii procesul malign fiind mai localizat, se poate spera la o vindecare reală, fie prin distrugerea *in situ* (prin tratament radiant), fie prin extirparea totală a zonei cancerizate (prin tratament chirurgical radical). în aceste stadii tratamentul se face cu intenţie curativă.

In stadiile III şi IV, procesul malign fiind mult mai extins, aplicarea aceloraşi metode terapeutice nu este urmată decît în rare cazuri de vindecări reale. De cele mai multe ori, cu toată intenţia de radicalitate, tratamentul nu are decît un efect paliativ.

Indicaţia terapeutică, în funcţie de stadiul clinic, pe care o practicăm în Institutul Oncologic Cluj-Napoca, pe baza unei experienţe de peste 5.000 cazuri 44 este redată mai jos.

Ea este similară (cu unele modificări) cu indicaţia terapeutică a institutelor care practică asociaţia radio-chirurgicală: Institutul Oncologic Bucureşti, Institutul Gustave-Roussy şi Institutul Curie, ambele din Paris.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIUL 0 (carcinomul intraepitelial) ŞI STADIUL Ia (carcinomul microinvaziv şi microcancerul)

în prezenţa unei leziuni infraclinice a colului uterin cu suspiciuni de malignitate (examen citologic repetat pozitiv, suspiciune colposcopică) trebuie să ne asigurăm dacă leziunea este numai o displazie, un carcinom intraepitelial (stadiul 0 sau CIE) sau un microcancer (stadiul Ia).

Caracteristic pentru CIE este existenţa focarului canceros strict intraepitelial, membrana bazală fiind intactă pe toată aria leziunii microscopice.

Pentru precizarea acestui fapt biopsia « prin muşcătură » (« punch biopsy ») este insuficientă, deoarece există posibilitatea ca tocmai în zona rămasă pe ioc membrana bazală să fie perforată de procesul canceros.

Conizaţia executată corect permite recoltarea unui con larg de ţesut în care leziunea este prinsă în totalitate. Scott şi Reagan (1960) comparînd conizaţia cu biopsia în 4 cadrane, arată că aceasta din urmă furnizează anatomopatologului cca. 4% din suprafaţa exocolului, pe cînd conizaţia poate recolta 70% din suprafaţa exocolului şi aproape 90% din epiteliul pavimentos exocervical expus

44 Institutul Oncologic Cluj In ultimii 23 ani (1958—1980) de clnd conduc această unitate, a avut în tratament 6570 bolnave de cancer al colului uterin (St. 0 = *70;* St. I = 700; St. II = 1350; St. III fj 3050; St. IV = 157); fără stadiu fixat 1243 (operate în alte spitale şi trimise pentru iradiere). în acest interval de timp s-au efectuat 1915 de limfadenohistero-colpectomii lărgite şi 2760 histerectomii (pentru cancere de endometru, fibroame, carcinom al colului ***in situ*** etc.).

cance- rizării. Pe lîngă epiteliul exocervical, piesa de conizaţie trebuie să conţină în întregime zona de joncţiune dintre epiteliul pavimentos exocervical şi cel cilindric endocervical ca şi canalul cervical aproape în întregime, leziunea neoplazică putîndu-se extinde şi la acest nivel.

Restrîngerea conului excizat duce la diminuarea procentului de certitudine a diagnosticului cu 10—25%.

Redăm tehnica conizaţiei aşa cum o practicăm în Institutul Oncologic din Cluj-Napoca, tehnică publicată de S. Munteanu, M. Rişcă, E. David, în lucrarea Cancerul colului uterin — Caiet metodologic Nr. 1, Ed. Institutul Oncologic Cluj-Napoca, 1976, p. 63—69.

Tehnica : Intervenţia este posibilă numai în condiţii de spitalizare, fiind necesare 1—2 zile preoperator, pentru analizele curente clinice şi de laborator şi minimum 5—7 zile postoperator. Anestezia este, în majoritatea cazurilor, locală, cu novocaină 0,75% sau xilină (făcîndu-se infiltrarea parametrelor ca şi în cazul unui chiuretaj uterin), excepţional rahidiană sau generală (Ketalar).

Pentru a evita hemoragia intraoperatorie şi imediat postoperatorie, cu excepţia bolnavelor hipertensive, se infiltrează colul cu o soluţie de noradrenalină l°/ooo ^{ser} fiziologic, 5—20 cmc. Se foloseşte un bisturiu cu lamă îngustă, eventual cu tăişuri pe ambele muchii, care execută o incizie circulară pe exocol, aflată absolut «în sănătos », în afara zonei iod-negative, după care bisturiul se îndreaptă oblic în profunzimea ţesutului cervical, astfel ca vîrful lui să întîlnească canalul cervical la aproximativ 2—2,5 cm distanţă de orificiul extern. Se extirpă astfel un con larg de ţesut, avînd ca bază exocolul şi ca ax canalul cervical, care se înseamnă, pentru orientare, cu cîte un fir în dreptul orelor 12 şi 15 (fig. 568). Restul canalului cervical este reperat cu histerometrul, dilatat pînă la Hegar 8—9 şi raclat. în final, se execută raclajul cavităţii uterine iar materialul se trimite separat de cel endocervical pentru examenul histopatologic.

Bontul cervical restant se suturează în scop hemostatic cu fire de catgut (unii autori au recomandat catgut — cromat), după procedeul Green modificat (fig. 569) sau patul rămas se cauterizează şi se lasă beant.

Se recontrolează permeabilitatea canalului cervical cu ajutorul histero- metrului şi se lasă o meşă endocervicală şi endovaginală timp de 24 ore.

în evoluţia postoperatorie nu se administrează antibiotice de rutină (cu excepţia cazurilor rare, care au febră peste 38° şi numai după antibiograma din secreţie). Toaleta vulvo-vaginală zilnică cu antiseptice uşoare, stiptice şi hemostatice (clorocalcin, extracte de secară cornută, venostat) şi repaus absolut la pat, exclusiv în ziua intervenţiei.

Există pericolul hemoragiei secundare, de obicei între zilele 7—12.

Nerespectarea unei tehnici corecte poate duce (rareori) la stenoze ale colului, cu repercusiuni asupra fertilităţii şi desfăşurării parturiţiei.

Insistăm, asupra unei tehnici corecte a prelucrării de laborator, fără de care însăşi indicaţia conizaţiei devine inutilă. în acest scop, este necesar să fie folosită o metodă care, în limitele unui consum rezonabil de timp, să ofere maximum de acurateţe concluziei histopatologice. Institutul Oncologic Cluj-Napoca a adoptat o variantă a tehnicii lui Nichols, denumită « step serial sections | şi anume: piesa de conizaţie se împarte într-un număr de 8—12 fragmente precis orientate şi dispuse circular în jurul orificiului extern al colului (vezi fig. 568 D). Din fiecare fragment se execută cîte 3—4 secţiuni « sondaj » distanţate la intervale regulate (secţiuni seriate în paşi « step serial sections»). Dacă în cadrul unui fragment se găseşte o leziune de **CIE** sau displazie agravată, sau se bănuie posibilitatea unui cancer microinvaziv, întregul fragment este supus unor secţiuni**seriate.**

O deosebită atenţie trebuie dată capătului distal (b) al fragmentului pentru a se arăta dacă secţiunea s-a făcut în ţesut sănătos, dar mai ales capătul proximal (a), în zona de joncţiune scuamocilindrică.

Există astfel posibilitatea ca anatomopatologul să dea rezultatul histo- patologic în mod orientat, cu:

— indicarea localizării exacte a leziunii de maximă gravitate;
— surprinderea celui mai discret semn de invazie iminentă sau incipientă;
— specificarea exactă a faptului dacă linia de secţiune a trecut sau nu în ţesutul sănătos.

In afară de rolul diagnostic al conizaţiei, în cazul că se confirmă un CIE ea are şi rol de tratament radical. Este obligatoriu controlul postoperator periodic al colului, tot la 6 luni sau 1 an (examen cu valvele, test Schiller, colpo- scopie, examen citologic Babeş-Papanicolaou repetat, eventual biopsia ţintită), în caz că apare o suspiciune de evoluţie sau reapariţia unui proces malign, se impune histerectomia totală cu guleraş vaginal (Funck-Brentano) pe cale abdominală sau vaginală urmată de examenul histopatologic atent al colului.

Dacă examenul anatomopatologic din piesa de conizaţie confirmă existenţa unui carcinom microinvaziv sau microcancer45 tip Mestwerdt (stadiul Ia), se va proceda în cel mai scurt timp la histerectomia totală lărgită cu limfadenec- tomie pelviană. Am adoptat această atitudine, deoarece unii autori (Froewis şi Ulm — citaţi de Antoine, 1966) au constatat prezenţa ganglionilor invadaţi canceros şi în cancerele stadiul Ia.

E. Aburel practică în microcancer şi cancere microinvazive tehnica colpo- histerectomiei totale lărgite subfundice; alţii recomandă histerectomia totală simplă, dată fiind raritatea invaziei ganglionare.

S-a constatat că histerectomia totală nu se poate face în primele 14 zile după conizaţie, deoarece la nivelul plăgii colului (mai ales după sutura buzelor plăgii de conizaţie) se dezvoltă o floră microbiană agresivă care ar crea, în condiţiile posthisterectomiei, riscul unor infecţii grave pelviene, putîndu-se ajunge chiar la peritonite mortale. Personal am avut un caz de septicemie şi un caz de peritonită (vindecată prin lavaj peritoneal) la bolnave operate în primele 10 zile după conizaţie. Wisborg (Acta Obstetr. Gynec. Scand., 1972, 5, 1—4) prezintă o statistică din care rezultă că la bolnavele cu histerectomia efectuată în primele 14 zile după conizaţie, riscul de infecţie pelviană este de 4 ori mai mare decît la bolnavele la care histerectomia s-a făcut fără a fi precedată de conizaţie. La aceleaşi concluzii ajunge şi Williams (1970).

Pentru aceste motive am adoptat atitudinea de a practica histerectomia totală simplă sau lărgită cu sau fără limfadenectomie, la 6 săptămîni după efectuarea conizaţiei.

---

45 __Carcinom microinvaziv: cancer invizibil cu ochiul liber (infraclinic) care histologic abia penetrează membrana bazală.

Microcancer: cancer invizibil cu ochiul liber pînă la 5 mm diametru in suprafaţă, care histologic penetrează membrana bazală pătrunzînd în profunzimea corionului maximum 5 mm.

Există autori care în leziunile maligne infraclinice de tipul carcinomului microinvaziv şi a microcancerului tip Mestwerdt (stadiul Ia) practică fie aplicarea endocavitară a radiumului (sau alţi izotopi radioactivi), fie o electrocauterizare (sau criocauterizare) mai largă a leziunii colului. Personal considerăm că aceste metode ultraconservatoare împiedică precizarea exactă a diagnosticului histopatologic (stadiul 0 sau stadiul Ia) şi reprezintă un tratament iraţional pentru stadiul Ia.

în ciuda comodităţii şi economicităţii acestor tratamente conservatoare, atît pentru bolnavă cît şi pentru medic, ele pun sub semnul întrebării « vindecarea» cazurilor aflate în stadiul Ia.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIUL Ib

Deşi leziunea apare clinic ca fiind situată la col, existînd totuşi posibilitatea diseminării microscopice atît în parametre, cît şi în ganglioni (într-o proporţie de 15—20% din cazuri), nu ne putem permite o atitudine exclusiv radiologică sau exclusiv chirurgicală. Se recomandă curieterapie intracavitară utero-vaginală (radiu sau cesiu radioactiv intravaginal şi intrauterin), sau Schaefer-Witte, urmată la 6 săptămîni (maximum 8 săptămîni) de intervenţie operatorie radicală (limfa- deno-histero-colpectomie lărgită sau operaţia Wertheim cu linfadenectomie iliacă).

Dacă tumoarea este exofitică sau voluminoasă sau endocervicală, se recomandă ca radiumterapia să fie precedată de radioterapie externă (cu doza de 2000 rad). In cazul cînd condiţiile organizatorice nu permit iradierea preoperatorie (lipsă de radiu sau aparat de radioterapie) sau din pricina aglomerării de bolnave la centrele oncologice, atunci se poate admite aplicarea metodei exclusiv chirurgicale, sub forma intervenţiei lărgite pe baza principiului chirurgiei de sistem, de teritoriu limfatic. Dacă în urma constatărilor intraoperatorii şi a examenelor anatomopatologice prin cupe seriate ale pieselor extirpate (parametre, ganglioni, vagin) se constată prezenţa de cuiburi neoplazice diseminate, se va recomanda radioterapia externă sau, în cazul tratamentului chirurgical exclusiv, radioterapie intravaginală şi externă. Radioterapia externă, nu va depăşi în total doza de 6500 rad (pericol de fistule vezicale sau rectale).

Atragem atenţia asupra dezavantajelor şi riscurilor unor examene histo- patologice fugar executate şi interpretate de medici neantrenaţi în aspectele microscopice ale cancerului. Se pot ignora focare neoplazice existente, conside- rîndu-se în mod fals că procesul neoplazic a fost localizat strict la colul uterin, fapt ce va duce la un optimism eronat şi la contraindicarea radioterapiei post-operatorii. în aceste condiţii recidiva este sigură. Pentru aceasta recomandăm ca întreaga piesă operatorie fixată în formol să fie încredinţată unor laboratoare de anatomie patologică din centrele experimentate în această localizare.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIUL II

Dacă în stadiul I se poate accepta, în anumite condiţii intervenţia chirurgicală exclusivă, în stadiul al II-lea, dat fiind diseminarea mai largă a procesului neoplazic, iradierea preoperatorie trebuie considerată ca o necesitate.

în afară de radiumterapia intravaginală şi intrauterină se mai recomandă radioterapia externă; intervenţia chirurgicală largă, urmează la 6 săptămîni (maximum 8) după încheierea tratamentului radiologie. Postoperator, radioterapie externă cca. 6500 rad doză totală.

O menţiune specială merită cazurile din stadiul II, cu hemoragii puternice repetate, care nu pot fi oprite cu mijloace obişnuite. în aceste cazuri se recomandă operaţia radicală de urgenţă, limfadeno-histero-colpectomia largă sau operaţia Wertheim cu limfadenectomie iliacă, fără preiradiere, sub transfuzii masive, re®rumam ah:i condusă pre-, intra- şi postoperator. După vindecarea plăgii (la aproximativ 30 zile) se va executa iradierea preconizată (radioterapia intravaginală şi externă).

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIILE III ŞI IV

în stadiile înaintate ale bolii, radioterapia externă şi curieterapia intra- cavitară (cînd tehnic este executabilă) reprezintă tratamentul de elecţie, care, într-un procent redus de cazuri poate da supravieţuiri de peste 5 ani (20—40% pentru stadiul HI; 0—5% pentru stadiul IV).

Radioterapia în aceste stadii avansate se poate executa aplicîndu-se doze relativ mari, întreruperea tratamentului fiind dictată de alterarea stării generale a bolnavei sau agravarea leziunii.

Tratamentul chirurgical în stadiile III şi IV se rezumă de cele mai multe ori la intervenţii paliative, cum ar fi: ligaturi vasculare (ligatura arterei hipo- gastrice), derivaţii urinare, intervenţii pe sistemul nervos cu scop antalgic. Lapa- rotomia va permite în aceste stadii înaintate efectuarea unei limfadenectomii pelviene, ceea ce va lungi apreciabil timpul de supravieţuire; prin laparotomie se pot marca cu repere metalice resturile tumorale active şi inextirpabile chirurgical, fapt ce va permite o radioterapie ţintită, cu eficienţă mult mai mare decîî, o iradiere oarbă a pelvisului. Reperele metalice vor fi vizualizate radiografie permiţîndu-se localizarea precisă a cîmpurilor de iradiere (fig. 570). Limfadenohistero-colpectomia în intenţie curativă va fi efectuată numai la cazurile de stadiul III recon- vertite prin iradiere la operabilitate. S-au făcut în aceste stadii înaintate încercări de a rezolva radical procesul malign, prin exereze chirurgicale extrem de lărgite, ajungîndu-se pînă la pelvectomia totală. De cele mai multe ori, aceste intervenţii nu soluţionează problema.

Rezultate satisfăcătoare au fost obţinute, în schimb, în acele cazuri în care extensia neoplazică interesează numai vezica urinară sau numai rectul. Hemipelvectomia anterioară sau hemipelvectomia posterioară pot rezolva cu intenţie de radicalitate aceste situaţii. Limfadenectomia pelvisului este obligatorie.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ÎN UNELE SITUAŢII PARTICULARE (cancerul colului restant ş! cancerul colului asociat cu sarcina)

1. CANCERUL COLULUI RESTANT

Nu trebuie confundate noţiunile de cancer apărut pe col restant şi cancerul restant pe colul uterin.

în prima situaţie cancerul apare pe un col sănătos rămas după histerectomia subtotală; în a doua situaţie este vorba de un cancer de col ignorat în momentul efectuării unei histerectomii subtotale, cancer care continuă să evolueze pe bontul uterin restant.

Pentru a eticheta un cancer pe col restant, s-a fixat o perioadă de 3 ani ce trebuie să treacă între histerectomia efectuată şi apariţia cancerului. Această perioadă de timp (3 ani) este discutabilă, unii admiţînd ca limită şi 2 ani. Pentru a se evita confundarea acestor entităţi patologice, se recomandă examinarea complexă a colului uterin înainte de efectuarea histerectomiei subtotale. Curetajul biopsie endocervical sau chiar un examen citologic, nu trebuie să lipsească din examinările obligator solicitate. O bună profilaxie a apariţiei cancerului pe col restant o obţinem prin extirparea cu bisturiul a întregului canal cervical, în timpul histerectomiei subtotale.

S-a susţinut odinioară (Amreich) că pe un col restant frecvenţa cancerului este de 8—10 ori mai mare; cercetări ulterioare au infirmat această concluzie, astăzi considerîndu-se că există acelaşi risc şi pentru colul restant ca şi pentru colul cu uter păstrat.

In practica clinică noi l-am întîlnit rar. într-un studiu pe 2000 cazuri de cancer al colului uterin, cancerul apărut pe col restant a fost întîlnit în proporţie de 1,8% (statistica Institutului Oncologic Cluj, 1952—1963 întocmită de M. Rişcă).

Prognosticul cancerului colului restant este mai sever decît al cancerului colului cu uter prezent; sînt multiple explicaţii pentru aceasta.

a. Iradierea se face mult mai greu pe un col restant: dispariţia sau steno- zarea canalului cervical a colului restant; ştergerea fundurilor de sac vaginale, sau căderea domului vezical peste bontul colului (iradierea excesivă a domului).

b. Exereză chirurgicală a colului restant este mult mai grea, de aceea va fi expusă în mod separat tehnica operatorie (vezi capitolul: Tehnica extirpării colului restant cancerizat).

în general indicaţia terapeutică este identică cu aceea a cancerului de col obişnuit, asociaţia radio-chirurgicală fiind recomandată de preferinţă.

Se va respecta indicaţia terapeutică stadială.

2. INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN ASOCIAT CU SARCINA

O punere la punct a problemei este realizată în 1956 de O. Popovici şi V. Dragon, iar în 1978 de D. Querleu, P. Coppelaere şi colab., lucrări după care am orientat redactarea acestui capitol, bazat şi pe experienţa noastră.

în timpul sarcinii colul normal este supus unor modificări care pot induce în eroare chiar un oncolog experimentat. Colul devine edematos (mărit deci de volum) sîngerează la contact iar mucoasa endocervicală poate ectropiona prin orificiul extern, fapt ce imprimă o exteriorizare a joncţiunii scuamocilindrică. Se ştie că majoritatea cancerelor de col apar pe această zonă de tranziţie ce devine uşor explorabilă în sarcină.

Examenul colposcopic al colului de sarcină descris magistral de Bret şi Coupez (1957) nu relevă aspecte suspecte de malignitate. Singure modificările decidualizante ale colului sau a formaţiunilor polipomatoase, care pot lua un aspect albicios (decidualizare) pot induce în eroare un colposcopist neavizat. De asemenea, procesele de metaplazie epitelială sînt frecvente (62,7%, Nesbitt 1952). Histologic colul de sarcină suferă următoarele modificări: epiteliul pavi- mentos al exocolului îşi sporeşte numărul de straturi şi celulele mărite de volum îşi sporesc numărul mitozelor, nucleii sînt mai mari, dar niciodată nu iau aspecte de malignitate. Stratul bazai devine pluristratificat (în 5—20% din cazuri) intensitatea maximă a modificărilor fiind In luna VII şi involuţia avînd loc la o lună după parturiţie (Morre, 1959). Pe unele secţiuni ale piesei de biopsie apar aspecte de creşteri epiteliale în corion, dar ele nu sînt patologice ci rezultatul unei plisări a epiteliului colului în sarcină. Epiteliul cilindric, foarte sensibil la variaţii hormonale, suferă modificări hiperplazice, uneori cu o pluristratificare (în 50% din cazuri), şi o creştere a numărului de glande endocervicale cu o înmulţire a ramificaţiilor (în 28,7% după Nesbitt, 1952).

Hiperactivitatea secretorie nu se însoţeşte de modificări histologice care să indice o deviere spre malignitate (Querleu D. ş.a., 1978).

Infecţia colului gravidic fiind foarte frecventă, pe piesele de biopsie se vor găsi frecvente infiltrate limfocitare iar frotiurile vaginale vor fi adeseori de gr. III Papanicolaou. Toate aceste modificări ce apar în colul gravidic, pot fi confundate cu leziunile «epiteliomului in situ» de citologii şi histopatologicii neexperimentaţi. Insistăm asupra tuturor acestor aspecte, deoarece problema depistării cancerului de col uterin în timpul sarcinii poate da rezultate excelente (este « rentabil» după expresia lui Querleu D, 1978), gravidele prezentîndu-se periodic la controalele medicilor ginecologi, atît în timpul graviditătii cît şi în postpartum (examen cu valvele, examen citologic Babeş-Papanicolaou, examen colposcopic). Este suficientă recoltarea a 2 frotiuri: unul în primul trimestru al sarcinii şi ultimul în postpartum. După De Brux (1971) se constată aţipii citologice la 1,5% din gravidele examinate.

în tabelul de mai jos este prezentată sinoptic frecvenţa frotiurilor suspecte în sarcină (după Querleu D. 1978):

Autori	Nr. frotiurilor.	Nr. frotiurilor sus-pecte (III, IV. şi V).	Nr. epitelioamelor depistate.
Slate et col. (1957)	5.935	45	14 (1)*
Spujt (1960)	3.352	25	7
Schmilz et col. (1960)	10.369	105	25 (12)
Wright (1961)	3.295	10	10 (1)
Kay (1962)	3.458	34	4 (1)
Dean et col. (1962)	8.939	63	30 (2)
Dubner li col. (1964)	4.794	18	12 (2)
Rogers et Williams (1967)	11.651	102	48 (4)
Medina et col. (1967)	5.787	67	19 (3)
McLaren (1969)	8.500	114	16 (I)
Jones et col. (1968)	90.000	988	306 (32)
Schiffer et col. (1968)	7.237	67	59 (4)
De Brux et col. (1971)	12.300	180	*n*
Abitbol et col. (1973)	13.000	286	43 (1)
Sînt marcate cu § epitelioamele invazive.			
TOTAL:	176.317	1.924 (1,09%)	593 (63) (0,34%)

Colposcopia şi examenul citologic repetat se impun.

Precizarea diagnosticului cazurilor cu frotiuri suspecte se va face numai prin examenul histologic. Recoltarea fragmentului biopsie pe colurile clinic aparent îndemne cere prudenţă, deoarece există pericolul sîngerărilor abundente (col de sarcină) şi a declanşării contracţiilor uterine. Conizaţia este de dorit să fie amînată pînă în postpartum (Querleu, 1978). Dacă există o leziune macro- scopic şi citologic suspectă, biopsia se impune.

Existenţa unor frotiuri clasa IV şi V a căror frecvenţă este după Querleu de la 1 la 1000 de gravide obligă Ia investigaţii suplimentare.

Displaziile agravate ca şi epitelioamele intraepiteliale nu ne obligă la un tratament imediat în timpul sarcinii. El va fi făcut în postpartum. Dacă însă sîntem în faţa unui cancer clinic aparent şi confirmat histopatologic, tratamentul va fi aplicat fără întîrziere.

Colposcopia în timpul sarcinii are avantajul că poate explora corect zona de joncţiune scuamo-cilindrică, care este exteriorizată în colul gravidic. Conizaţia care se va practica în cazuri excepţionale, în timpul sarcinii, are o serie de dezavantaje. Ea este limitată în excizia canalului cervical, deoarece există riscul deschiderii membranei amniotice. De aici şi procentajul crescut al leziunilor canceroase rămase pe loc. După Bolognese şi Corson (1969) 58% din cazuri au prezentat leziuni reziduale în porţiunea superioară a canalului cervical lăsat pe loc. Boutselis şi Ullery (1964 — citaţi de Querleu) au găsit că 90% din leziunile reziduale au fost în endocol şi numai 10% pe exocol gravidic, la cazurile la care s-a practicat conizaţia. Aceiaşi autori au arătat că dificultatea de a efectua o conizaţie corectă, creşte cu vîrsta sarcinii.

Vîrsta sarcinii	Procentajul leziunilor reziduale
I-ul trimestru	37%
11-lea trimestru	45%
III-lea trimestru	75%
Postpartum	18.5%

Mai există pericolul hemoragiilor mari (între 250—1000 ml sînge pierdut). Ayre şi Scott (1961) recomandă injectarea în col de vasopresină sau ser adrenalizat iar Feste (1966J recomandă hemostaza prin fire în U trecute la periferia colului supus conizaţiei.

Averette (1970) impută conizaţiei 5 avorturi şi 3 naşteri premature pe 76 gravide conizate.

Pentru aceste motive numeroşi autori (Querleu, 1978 ; Abitbol, 1973; Barber, 1974) nu admit efectuarea conizaţiei în timpul sarcinii.

Alţi autori (Ortiz, 1971; Benedet, 1977) consideră că biopsiile cu fragment mic, ţintite prin colposcopie, pot elucida cazul în 95—100%. Aceasta este şi opinia noastră. De exemplu. Telebian în 1976 publică 132 observaţii urmărite prin biopsii ţintite la care a avut un singur epiteliom intraepitelial nediagnosticat.

Hemoragia biopsiei poate fi mult mai uşor oprită decît aceea a conizaţiei. Un instrumentar fin reduce maximal incidenţa. De exemplu, Abitbol (1973) semnalează o singură hemoragie importantă la 286 femei gravide biopsiate, cu toate că a recoltat de pe un singur col, 6—10 mici fragmente, sub control colposcopic.

Pentru a evita contracţiile uterine se va injecta pacientei beta-blocante sau se va administra opiacee prin supozitoare.

Graviditatea nu creează un factor de agravare a prognosticului cancerului de col; Gusta- fsson şi Kottmeier (1962) pe 239 cazuri constată o supravieţuire (pentru toate stadiile) la 5 ani de 46,9% la canceroasele gravide faţă de 45,5% la negravide. Afirmaţia veche a lui Boully că « o femeie gravidă purtătoare a unui cancer de col uterin, este iremediabil pierdută » este eronată şi sarcina nu modifică, după Funck-Brentano, evoluţia cancerului de col.

Dacă o analiză globală nu arată diferenţa, o analiză făcută pe stadii de Creasman şi colab. în 1970 (fig. 571) arată că evoluţia spre deces este mai rapidă la gravidele canceroase.

Graham (1962) arată că au existat 77% decese în anul următor graviditătii (cu cancer) faţă de 47% în grupul de control. Ca frecvenţă a cancerului de col pe stadii Querleu (1978) prezintă următoarea statistică (pe 1220 cazuri cancere la gravide, strînse din literatură): stadiul I = 46%; stadiul II = 28%; stadiul III = 19% şi stadiul IV = 7% (fig. 572).

Contrar opiniei clasice că naşterea pe cale naturală ar agrava prognosticul cancerului, Creasman şi colab. (1970 — citat de Querleu) obţine o supravieţuire la 5 ani de 87% pentru Stadiul I în caz de naştere pe cale naturală şi de 89% în caz de cezariană. Aceiaşi autori nu consideră că naşterea pe cale naturală ar agrava prognosticul stadiilor III şi IV. Totuşi, Querleu conclude că traumatismul naşterii naturale trebuie evitat la culorile canceroase şi că cezariana rămîne o indicaţie valabilă. Excepţie fac cancerele în stadiul 0 şi microcancerele (cancerele preclinice ale colului) unde dilatarea colului e permisă.

Indicaţia terapeutică poate fi schematizată astfel:

A .*In prima jumătate a sarcinii* (inclusiv luna a V-a).

în cancerele incipiente, operabile (stadiile I şi II):

a)în stadiile I se recomandă limfadeno-histero-colpectomia lărgită urmată de cobaltoterapie la 3—4 săptămîni.

b)în stadiul al Il-lea, cînd există posibilitatea, se va face o radiu-aplicaţie vaginală de 20—30 m.c.d. urmată de limfadeno-histero-colpectomie lărgită la 4—5 săptămîni interval (operaţia este sîngerîndă din cauza dilatării plexurilor venoase).

La 4 săptămîni după intervenţia chirurgicală se va face cobaltoterapie externă. Numai dacă nu există posibilitatea radiuterapiei, se va trece direct la intervenţia chirurgicală, urmată la 2—4 săptămîni de cobaltoterapie externă.

în cancere avansate, inoperabile (stadiile al III-lea şi al IV-lea), tratamentul va fi radiologie (radiu local asociat cu cobaltoterapie externă). Avortul urmează de obicei spontan după 4—6 săptămîni. Dacă nu se produce spontan, se va interveni operator (histerectomie subtotală pe uterul gravid).

în cazurile cînd mama se opune avortului terapeutic, vrînd să-şi păstreze sarcina, atunci pe riscurile mamei se va aştepta fără nici un tratament, pînă la perioada de viabilitate a fătului (extras prin cezariană) şi apoi se va proceda în funcţie de stadiul clinic al bolii.

B. In a doua jumătate a sarcinii (6—9 luni).

Se caută salvarea fătului, fără ca prin aceasta să se reducă şansele de vindecare ale mamei.

în cancerele incipiente (stadiul I şi II) metoda de începere a tratamentului diferă după vîrsta sarcinii. Dacă sarcina este în luna a Vl-a se poate aştepta o lună pînă ce bolnava intră în luna Vll-a cînd se face cezariană; la 30 zile postoperator, radiu-aplicaţie vaginală. La 6 săptămîni după radiu se execută apoi intervenţia chirurgicală: limfadeno-histero-colpectomie (intervenţia este foarte sîngerîndă). Cobaltoterapia externă se începe la 4 săptămîni de la intervenţia chirurgicală.

Dacă sarcina este în luna a VlII-a sau a IX-a, se face mai întîi cezariană urmată de radiu-aplicaţie vaginală şi apoi histerectomie totală lărgită cu limfa- denectomie la 4 săptămîni după tratamentul cu radiu (tratamentul se completează prin cobaltoterapie profundă externă).

în lipsa radiului se poate face de la început şi în acelaşi timp cezariană asociată cu limfadeno-histero-colpectomia lărgită, completată cu cobaltoterapie externă, postoperator.

în cazurile avansate (stadiile al III-lea şi al IV-lea) se face, de îndată ce copilul este viabil, cezariană şi histerectomie subtotală, urmată de 4 săptămîni de cobaltoterapie externă.

C.în cancerele descoperite la termen sau în travaliu.

Dacă mai este posibil, nu se va îngădui naşterea pe căile normale, practi- cîndu-se cezariana.

în stadiile incipiente (stadiile I şi al II-lea) cezariana este urmată de cobaltoterapie externă şi apoi radiu-aplicaţie vaginală, şi eventual intracervicală, dacă involuţia uterină o permite. La 6 săptămîni de la terminarea tratamentului radiologie se face colpo-histerectomie lărgită cu limfadenectomie.

In cazurile avansate (stadiile al III-lea şi al IV-lea) cezariana este urmată în acelaşi timp operator de histerectomie subtotală şi, după 2 săptămîni, de cobaltoterapie externă, completată în continuare de radiuaplicaţii vaginale.

Dacă totuşi naşterea s-a produs, cezariana neputînd fi executată la timp, după naştere (după cca. 14 zile) se va începe cobaltoterapia externă.

In cazurile incipiente, după terminarea cobaltoterapiei se va aplica în continuare de îndată ce involuţia uterină va permite, radiu vaginal şi uterin. La 6 săptămîni de la terminarea tratamentului radiologie se va executa limfadeno- histero-colpectomia lărgită.

In cazurile avansate se recomandă exclusiv radioterapie (cobaltoterapie şi radiu).

In concluzie, în prima jumătate a sarcinii tratamentul se aseamănă cu tratamentul clasic: avortul este obţinut de obicei prin asocierea cobaltoterapiei externe cu curieterapie endocervicală. După evacuarea uterului se procedează la operaţia radicală în formele operabile (stadiul I şi II) şi cobaltoterapie în formele inoperabile (stadiul III, IV).

în a Il-a jumătate a sarcinii se va aştepta viabilitatea fătului, cînd se va face cezariană. După cicatrizarea plăgii se va recurge la tratamentul radium- cobaltoterapie. în stadiile I, II se va opera radical (Querleu, 1978) şi la nevoie se va completa postoperator cu tratament radioterapie (radium pe tranşa vaginală şi cobaltoterapie externă).

NOŢIUNI DE ANATOMIE NECESARE PENTRU OPERAREA UTERULUI CANCEROS

Nu se poate practica cu succes chirurgia radicală ginecologică fără cunoaşterea anatomiei oncologice a pelvisului. Pentru aceste noţiuni reamintim noţiunile de anatomie oncologică pelviană.

O tehnică chirurgicală oncologică, pentru a fi urmată de rezultate bune imediate (prognostic funcţional) şi tardive (prognostic oncologic), va trebui să ducă la extirparea organului canceros, a căilor de difuziune ale procesului canceros (ţesut conjunctiv, reţeaua limfoganglionară), menajînd în acelaşi timp formaţiunile anatomice (plexuri nervoase, artere etc.) de a căror integritate depinde buna funcţionare a organelor pelviene restante (rect, vezică, uretere).

Este indispensabilă adîncirea următoarelor cunoştinţe anatomice, mai ales asupra unor formaţiuni ce trebuie fie extirpate radical, fie menajate în timpul intervenţiei chirurgicale:

1)ţesutul conjunctiv pelvian;
2)limfaticele şi circulaţia limfatică a uterului;
3)vascularizaţia uterului şi a pelvisului;
4)inervaţia organelor pelviene (în special a vezicii urinare);
5)raporturile ureterului pelvian;
6)fosa obturatoare;
7)raporturile uterului cu vezica urinară şi rectul.

1. ŢESUTUL CONJUNCTIV PELVIAN

Uterul, plasat în centrul ramei osoase a bazinului, este susţinut de aceasta şi de organele vecine printr-o atmosferă conjunctivă care, sub influenţa greutăţii organelor pelvisului ca şi a formaţiunilor pulsatile (vasele pelvisului, ureterele) ia o structură diferită, condensîndu-se în anumite regiuni sub forma unor benzi (clasic denumite impropriu ligamente); acestea conţin în interiorul lor formaţiuni arteriale, venoase, limfatice şi nervoase ce merg sau vin de la uter. Extinderea procesului canceros al colului se face prin aceste condensări conjunctive bogate în limfatice şi vase, veritabile hiluri ale uterului.

Spaţiile delimitate de aceste «ligamente» sînt umplute cu un ţesut conjunctiv lax, foarte slab vascularizat. Rezultă de aici că în pelvis vom avea zone conjunctive dense, bine vascularizate (ce vor trebui extirpate) şi zone conjunctive laxe, avasculare (care vor permite chirurgului manevre nesîngerînde de decolare) (fig. 573 şi 574).

DISPOZIŢIA ŢESUTULUI CONJUNCTIV DENSIFICAT ŞI VASCULARIZAT

Condensările conjunctivo-vasculare pornesc ca nişte raze de la colul uterin spre bazin, sistematizarea lor în anatomie fiind cunoscută sub numele de « reti- naculum uteri», descris de Martin şi Mackenrodt (fig. 573 şi 575).

Ligamentele cardinale. Cele mai puternice condensări le formează ligamentele cardinale ale parametrelor (sau bazele ligamentelor largi), ce merg de la părţile laterale ale colului uterin spre părţile laterale ale bazinului. Ele sînt numite *pars media* a retinaculului sau ligamentele cardinale ale lui Mackenrodt. In interiorul lor pulsează puternic pediculul vascular cel mai important al uterului, pediculul arterei uterine. In interiorul fiecărui parametru se găsesc, pe lîngă artera uterină respectivă, venele şi colectoarele limfatice cele mai importante ale uterului.

Ureterul, în parcursul său postero-anterior prin grosimea ţesutului conjunctiv densificat latero-uterin, împarte acest ţesut într-un spaţiu supraureteral (denumit în anatomie «pediculul supraureteral sau pediculul preureteral» din cauza bogăţiei în vase sanguine) şi un spaţiu subureteral (cunoscut sub numele de «pedicul subureteral») (fig. 576).

Pediculul sup r aur e t e r al este reprezentat prin artera uterină (cu ramura sa vezicală), vena uterină supraureterală şi colectoare limfatice cu ganglionul lui Lucas Championniere, formaţiuni ce sînt înconjurate într-o atmosferă de ţesut conjunctiv. Acest pedicul este de fapt format din porţiunea supraureterală a ligamentului cardinal al lui Mackenrodt (în interiorul cărei porţiuni se află artera uterină) şi porţiunea supraureterală a ligamentului vezico-uterin (în interiorul căreia se află ramura vezicală din artera uterină, împreună cu venele satelite, formînd aşa-zisul « pedicul al cornului vezical» sau « paracistul») (fig. 577). Pediculul supraureteral, reprezentînd o cale importantă de diseminare a procesului canceros, va fi extirpat cît mai larg, în bloc cu uterul, în histerectomiile totale lărgite. Pediculul are dimensiuni variabile după caz: lăţimea în sens antero-poste- rior este 1,5—3 cm, iar în înălţime măsoară 1—1,5 cm.

Pediculul subureteral este foarte bogat în vene mari şi colectoare limfatice care străbat ţesutul conjunctiv ce se găseşte între ureter şi muşchiul ridicător anal, sensul lor de orientare fiind în plan frontal (fig. 578). Aceste formaţiuni vasculare sînt: venele uterine în majoritatea lor, artera vezicală inferioară, ramuri arteriale vaginale şi ramuri anterioare din artera hemoroidală medie.

Extirparea în întregime a pediculului subureteral este urmată de tulburări funcţionale vezicale grave, dat fiind că prin jumătatea lui externă trec filetele nervoase destinate vezicii urinare.

Parametrele reprezintă formaţiunile «cheie» în problema tratamentului cancerului uterin, deoarece ele sînt calea principală de invazie a procesului canceros localizat la col.

Ţesutul dens conjuncţivo-vascular al parametrului se continuă în sus cu ţesutul conjunctiv lax vascular, situat între cele două foiţe peritoneale ale ligamentului larg, iar în jos, spre planul muscular al ridicătorului anal, cu ţesutul conjunctiv bine vascularizat

situat de o parte şi de alta a vaginului (paracolposul) (fig. 579). Asupra dispoziţiei vaselor din parametre şi paracolpos vom reveni, deoarece necunoaşterea lor duce la hemoragii greu de stăpînit în cursul extirpării ligamentului cardinal al lui Mackenrodt.

Ligamentele utero-sacrate (pars posterior a retinaculului). în interiorul lor se găsesc: artera şi venele utero-sacrate şi o reţea limfatică ce este însă mult mai redusă ca aceea din parametre.

Extirparea lor se va face larg, fără a leza însă plexul nervos pelvian ce are raporturi intime cu aceste ligamente.

Ligamentele vezico -uterine. între colul uterin, vezică şi simfiză pubiană, atmosfera conjunctivă ce formează pars anterior a retinaculului uterin, se condensează sub denumirea de ligamente vezico-uterine.

In interiorul acestor ligamente trec arterele vezicale inferioare (ramuri din hipogastrică) cu plexul venos corespunzător (artera vezicală superioară intră în vezică ceva mai sus).

Practica arată că ligamentele utero-vezicale sînt tardiv infiltrate de procesul canceros; invadarea lor se face mai ales în cazurile de cancere ale colului uterin din stadiul al III-lea, unde drenajul limfatic prin parametre este blocat de invadarea neoplazică. Numai în acest caz limfa uterului se poate scurge pe cale ocolită, prin ligamentele utero-vezicale (circulaţia retrogradă). Invadarea neoplazică a vezicii cu punct de plecare cancerul colului uterin se face mai des în porţiunea dintre cele două uretere (regiunea trigonală, unde vezica are contact nemijlocit cu colul).

Pentru aceste motive, extirparea ligamentelor uterovezicale în timpul histerectomiilor lărgite nu este împinsă la extrem, nedccolînd ureterul pînă la intrarea lui în plin muşchi vezical (vezi fig. 624).

Ţesutul conjunctiv al pelvisului are o serie de caracteristici ce trebuie cunoscute de chirurgul ginecolog.

a) *Este un ţesut conjunctiv străbătut de o reţea venoasă foarte bogată.* Sarcinile repetate nu fac decît să accentueze acest caracter (de aici sîngerările masive intraoperatorii).

b) *Este un ţesut conjunctiv sărac în ţesut reticulo-histiocitar, fapt ce-l face uşor expus supuraţiilor.* De aici necesitatea ca în operaţiile largi ginecologice să se evite devitalizarea prin decolări inutile ale ţesutului conjunctiv pelvin şi să se ia măsuri speciale de izolare a timpilor septici operatori (de pildă secţiunea vaginului).

în cazul apariţiei unor infecţii nejugulate la timp, acestea evoluează cel mai adesea spre flegmon şi excepţional spre abces. Infecţiile fuzează cu uşurinţă în pelvis datorită bogăţiei vaselor ce împîslesc acest ţesut conjunctiv. Tecile vasculare sînt căi pentru fuzarea infecţiei.

2. LIMFATICELE SI CIRCULAŢIA LIMFATICĂ A UTERULUI'

Reţeaua limfoganglionară a uterului, reprezintă principala cale de diseminare a procesului canceros uterin. Este de reţinut faptul că ganglionii reprezintă veritabile baraje în calea diseminării canceroase, prinderea lor făcîndu-se într-o ordine anumită şi în etape (staţii ganglionare).

TERITORIILE LIMFATICE ALE ORGANELOR GENITALE INTERNE (fig. 580)

Studiile făcute asupra circulaţiei limfatice în pereţii organelor genitale interne la femeie, au pus în evidenţă existenţa a trei teritorii limfatice, fiecare teritoriu avînd un sens de scurgere a limfei, mai mult sau mai puţin definit (Leveuf şi Godard, 1923; Canela Lazzaro, 1934).

Teritoriul limfatic al anexelor şi fundului uterin. Limfaticele anexelor se drenează aproape exclusiv spre ganglionii juxtaaortici. Limfaticele regiunii fundului uterin se drenează în 75% din cazuri exclusiv spre ganglionii juxtaaortici (9 din 12 piese injectate) prin pediculii lombo-ovarieni; în 8,4% drenajul limfatic al acestui teritoriu se scurge exclusiv spre ganglionii iliaci externi (1 din

12 cazuri studiate) şi în 16,6% se drenează simultan atît în ganglionii juxtaaortici, cît şi la cei iliaci externi (2 din 12 cazuri). Excepţional de rar sînt prinşi ganglionii inghinali prin limfaticele ligamentului rotund.

Teritoriul limfatic al corpului uterin (exceptat fiind fundul, $^{x}/_{4}$ inferior al corpului şi istmul uterin) se drenează în majoritatea cazurilor (52,6% adică 10 din 19 piese studiate), simultan, spre ganglionii iliaci şi juxtaaortici. In 32,4% (6 din 19 cazuri) exclusiv spre ganglionii iliaci externi şi 15% din cazuri (3 din 19 piese) exclusiv spre ganglionii juxtaaortici.

Cu cît ne apropiem de col şi ne depărtăm de fundul uterin, cu atît limfaticele corpului au din ce în ce mai puţine conexiuni cu ganglionii juxtaaortici şi mai multe legături cu ganglionii iliaci externi (Lazzaro).

Teritoriul limfatic al colului uterin, sfertului inferior al corpului uterin şi al treimii superioare a vaginului. Aceste segmente de organe diferite anatomic formează un tot unitar din punct de vedere al circulaţiei limfatice.

Limfaticele colului uterin, istmului, pătrimii inferioare a corpului uterin, ca şi a treimii superioare a vaginului, au căi de scurgere comune, mergînd mai ales spre grupele ganglionare iliace externe şi hipogastrice.

în cancerul colului, diseminarea microscopică se poate face şi în pereţii porţiunii superioare a vaginului, de unde necesitatea de a extirpa sistematic cel puţin treimea superioară a vaginului în histerectomiile totale lărgite (în cazurile de stadiu al II-lea vagin se vor extirpa pnă la două treimi superioare).

ANASTOMOZELE LIMFATICE ÎNTRE CORPUL UTERIN ŞI COLUL UTERIN

Intre reţeaua limfatică a corpului uterin şi a corpului uterin există o strînsă legătură, realizată prin trunchiurile anastomotice limfatice (puse în evidenţă de Poirier), care sînt dispuse de o parte şi de alta a uterului, în vecinătatea arterelor uterine.

Sensul scurgerii limfatice în aceste colectoare pare a fi următorul (Lazzaro): injectarea colorantului Gerota în fundul uterin, sub slabă presiune, duce în curînd la invadarea acestor colectoare limfatice latero-uterine, colorantul invadînd teritoriul limfatic al colului, oprindu-se în ganglionii iliaci externi. Dacă se injectează colorantul în colul uterin, colorantul difuzează în teritoriul limfatic al colului, oprindu-se în ganglionii iliaci externi şi hipogastrici, dar nu se propagă în sus prin calea colectoarelor anastomotice laterouterine decît dacă presiunea cu care se injectează colorantul devine considerabilă; chiar în aceste condiţii total forţate, autorul nu constată totdeauna invadarea colorantului spre fundul uterin. Dealtfel, şi clinica pare să arate că neoplasmul colului uterin difuzează rar în sus, iar diseminările ascendente în fundul uterin sau ovare sînt excepţionale. Aceste fapte au determinat pe unii autori să procedeze la păstrarea unuia sau a ambelor ovare în cancerele colului uterin incipiente, operate (Aleksandrov şi Nifontov, Aburel).

Din cercetările asupra teritoriilor limfatice descrise mai sus rezultă că un cancer, cu cît este localizat mai sus spre fund, cu atît are posibilităţi mai mari de a metastaza în ganglionii lombo-aortici, ganglioni ce nu pot fi supuşi exerezei chirurgicale, ci numai acţiunii incerte a radioterapiei (adenopatiile canceroase para-aortice nu pot fi sterilizate prin radioterapie de cele mai multe ori, deoarece se interpun ansele enterale). De asemenea, în cancerele corpului uterin, existînd posibilitatea invadării ganglionilor iliaci externi şi hipogastrici, se recomandă limfadenectomia iliacă asociată histerectomiei totale lărgite. In cancerele coiului uterin, invazia ascendentă primitivă spre ganglionii limfatici lombo-aortici este excepţională, invazia laterală prin parametre spre ganglionii iliaci fiind cea mai frecventă.

Trebuie remarcat că studiile asupra circulaţiei limfatice în aceste teritorii au ceva artificial în ele, fiind făcute pe cadavru (injectîndu-se limfaticele prin metoda Gerota). Rezultatele acestor studii trebuie privite cu oarecare rezervă, deoarece pe omul viu circulaţia trebuie să fie mult mai complexă decît aceea constatată în condiţii artificiale de studiu pe cadavru, separarea teritoriilor limfatice nefiind atît de netă. Totuşi, concluziile acestor cercetări, confruntate cu observaţiile clinice intraoperatoare, pot să ne dea o justă orientare în problemă.

GRUPELE GANGLIONARE ALE PELVISULUI

Pentru chirurgia cancerului colului uterin cunoaşterea dispoziţiei ganglionilor pelvieni, accesibili actului operator, are mare importanţă, Ganglionii, repre- zentînd veritabile colectoare ale celulelor canceroase migrate limfatic, se pune în discuţie necesitatea extirpării lor chirurgicale.

Aceşti multipli ganglioni pot fi sistematizaţi (Chiricuţă, 1957) în raport cu posibilităţile exerezei chirurgicale (fig. 581), în:

— *grupele ganglionare anterioare* (situate mai jos de bifurcarea arterei iliace primitive şi anterior planului ce trece prin această bifurcare);

— *grupele ganglionare posterioare* (situate posterior faţă de planul bifurcării iliacei primitive).

Grupele ganglionare anterioare prezintă cea mai mare importanţă pentru chirurg, deoarece ele trebuie şi pot fi sistematic extirpate în totalitate operator, fiind prima staţie în scurgerea limfei de la nivelul colului.

Grupele ganglionare anterioare sînt reprezentate prin ganglionii iliaci externi, hipogastrici, obturatori şi ai arterei uterine.

Grupele ganglionare posterioare prezintă mai puţină importanţă practică, deoarece pot fi extirpate tehnic mai greu şi întotdeauna incomplet. La rîndul lor, aceste grupe se compun din ganglionii care, în ce priveşte importanţa lor ca baraj împotriva diseminării canceroase, au dat naştere la discuţii numeroase şi contradictorii, ce nici astăzi nu sînt închise. Vom reveni asupra acestor probleme cu ocazia discuţiilor asupra necesităţii limfadenectomiei de principiu în tratamentul cancerului de col uterin.

Grupele ganglionare anterioare sînt reprezentate prin :

a) *grupa iliacă externă*, care se compune din următoarele subgrupe ganglionare (descrierea acestor ganglioni o prezentăm după Thoma Ionescu):

— lanţul lateral al grupei ganglionilor iliaci externi. Aceşti ganglioni sînt presăraţi în afara arterei iliace externe;

—lanţul mijlociu al grupei ganglionilor iliaci externi format din ganglioni ce sînt aşezaţi deasupra vaselor iliace externe (între arteră şi venă), mai precis între lanţul extern şi lanţul intern ganglionar.

Dintre aceşti ganglioni prezintă importanţă deosebită ganglionul situat în apropierea bifurcării iliacei primitive în iliaca externă şi hipogastrică (descris de Cuneo şi Marcille, 1902, sub numele de ganglionul superior al lanţului mijlociu iliac extern);

—lanţul intern al grupei ganglionilor iliaci externi. Aceşti ganglioni sînt situaţi sub marginea inferioară a venei iliace externe şi au legături cu ganglionii situaţi în fosa obturatoare. Dintre ganglionii lanţului intern al grupului ganglionilor iliaci externi, atragem atenţia asupra unui ganglion descris de Peiser (1894), Thoma Ionescu (1900) şi Leveuf-Godard (1919—1923), denumit şi« ganglionul principal» al colului uterin. Acest ganglion este de fapt ganglionul mijlociu al lanţului intern al ganglionilor iliaci externi şi este situat în partea anterioară a venei iliace externe, ascuns între marginea inferioară a venei şi nervul obturator. Tot din acest lanţ face parte şi ganglionul retrocrural, situat imediat în spatele arcadei inghinale;

—lanţul retroiliac extern, format din ganglioni puţin numeroşi, plasaţi sub vena şi artera iliacă externă (între vase şi muşchiul psoas).

Rezultă că artera iliacă externă este înconjurată de un manşon ganglionar, fapt care va fi luat în consideraţie în timpul limfadenectomiei.

b) *grupa ganglionilor iliaci interni* (hipogastrici) este formată din ganglioni plasaţi în lungul venei şi arterei iliace interne. Ganglionul superior al acestei grupe are legături strînse cu ganglionul superior al lanţului mijlociu iliac extern, formînd de fapt un singur ganglion descris de Cuneo şi Marcille. Thoma Ionescu afirmă că aceşti ganglioni nu sînt în număr mai mare de patru;

c) *ganglionul arterei uterine.* Tot în grupa anterioară trebuie să inserăm şi ganglionul arterei uterine (a lui Lucas-Championniere), care este invadat precoce în cancerele colului, fiind de fapt, atunci cînd există, primul baraj ce se opune extensiunii canceroase. Topografic, acest ganglion se găseşte la nivelul unde uterină încrucişează ureterul: este un ganglion mic şi găsit inconstant.

Grupele ganglionare posterioare sînt reprezentate prin :

a) *grupa iliacă primitivă* formată de 1—3 ganglioni situaţi pe marginea externă a acestei artere. Mai rar, găsim ganglioni pe marginea internă a arterei;

b) *grupa promontoriană* formată din doi sau mai mulţi ganglioni situaţi in unghiul de bifurcare a aortei, de cele mai multe ori lîngă vena iliacă primitivă stingă;

c) *grupa sacrată* formată din trei mici ganglioni, din care unul median, plasat în spatele vaselor sacrate medii şi doi laterali, în dreptul celei de a doua gaură sacrată;

d) *grupa aortică* formată din 2—7 ganglioni plasaţi pe vena cavă în lungul flancului drept al aortei.

Din practică avem impresia că numărul ganglionilor, apreciat de Thoma Ionescu, este cu mult mai variabil de la caz la caz.

Ordinea în care sînt invadaţi de celulele canceroase ganglionii pelvisului şi importanţa inegală a grupelor ganglionare pentru tratamentul cancerului de col.

Practica arată că nu toate grupele ganglionare descrise sînt invadate cu aceeaşi frecvenţă în cancerul de col. Deci, din punct de vedere practic, are mare importanţă să fie cunoscută frecvenţa şi ordinea în care sînt invadate aceste grupe. Atingem una din problemele importante în chirurgia cancerului: problema staţiilor ganglionare în difuzarea bolii. în jurul acestor noţiuni s-au dus discuţii aprinse, mai ales în cancerul colului. Se disting în general două mari concepţii:

a) După unii autori (Peiser, Thoma Ionescu, Leveuf-Godard) staţia primă ganglionară în cancerul de col ar fi ganglionul obturator (ganglionul mediu al lanţului intern din grupa ganglionilor iliaci externi sau ganglionul lui Leveuf- Godard, sau « ganglionul principal»).

b) După alţi autori (Bruhns, Cun6o şi Marcille, Canela Lazzaro) limfaticele colului îşi au prima staţie ganglionară într-un ganglion situat aproape de bifurcarea iliacei primitive (ganglionul superior din lanţul mijlociu al grupului ganglionar iliac extern sau ganglionul lui CunSo-Marcille).

Mai recent, A. Brunschwig (1955) reia în discuţie importanţa diferitelor grupe ganglionare pelviene în propagarea cancerului uterin (studiu pe 56 cazuri cu metastaze ganglionare, operate) prezentînd următoarele date:

Ganglioni invadaţi	Dreapta	Stîngă	Total
Lanţ iliac primitiv	3	3	6
Lanţ iliac extern	13	15	28
Lanţ hipogastric	5	6	11
Grup obturator	14	9	23
Parametre	16	13	29
Ganglionii bifurcaţiei aortei	—	5	5

Ce concluzii putem trage din aceste studii ?

Nu se poate admite, fiind ceva nebiologic, fixitatea şi sensul unic de orientare spre ganglionul obturator pe care-1 atribuie Leveuf circulaţiei limfatice pelviene. Dar atît observaţiile clinice, cît şi studiile pe cadavre, arată că primii ganglioni care se prind (prima staţie) fac parte în majoritatea covîrşitoare a cazurilor din grupele anterioare ale ganglionilor limfatici ai pelvisului.

Gosset şi Bertrand (1924) socotesc că pe viu, problema circulaţiei limfatice, nu se aaeamănă cu rezultatele injectării tuşului pe cadavru. De ce celulele canceroase luate de curentul limfatic nu ar putea trece printr-un ganglion, pentru a se opri în grupul limfatic superior ?

J. L. Faure (1925) socoteşte că primii ganglioni interesaţi sînt cei iliaci externi (ganglionul lui Leveuf-Godard). Taussig (1943) arată că se prind mai frecvent ganglionii situaţi In apropierea bifurcaţiei iliacei primitive In cele două iliace şi ganglionii hipogastrici (ganglionul lui Cunio-Marcille).

Aceste grupe reprezintă un prim baraj !n extinderea cancerului de col uterin (Staţia I-a limfatică). Ulterior se prind grupele ganglionare posterioare (ce formează staţia Il-a) (ganglionii iliaci primitivi, ganglionii promontorieni), şi abia în a treia etapă se prind ganglionii lom- boaortici (a II I-a staţie). De asemenea, trebuie reţinut cu cît procesul canceros este mai sus situat pe uter, cu atît este mai mare pericolul de a se prinde iniţial ganglionii lomboaortici, care în cazul neoplasmului de fund uterin devin staţia I ganglionară. Sînt foarte rare cazurile de cancer al colulului care prind iniţial ganglionii din grupele posterioare (de pildă: devin prima staţie ganglionii promontorieni sau iliaci primitivi).

Staţia primă ganglionară este reprezentată prin :

1. ganglionii iliaci externi (în special ganglionul obturator descris, drept ganglion principal de Peiser, T. Ionescu şi Leveuf-Godard la care se adaugă şi ganglionii iliaci externi situaţi imediat în spatele arcadei inghinale (ganglionii retrocrurali);

2. ganglionii hipogastrici (în special ganglionul situat la bifurcarea venei iliace primitive în iliacă externă şi hipogastrică, descris drept ganglion principal de Cuneo şi Marcille pe piesele operatorii ale lui T. Ionescu; şi

3. un ganglion inconstant situat pe artera uterină, aproape de locul de încrucişare cu ureterul (ganglion descris ca prim sediu al adenitei canceroase în cancerul colului de Lucas Championniere).

Nu există un ganglion principal (ganglionul obturator), aşa cum susţinea Leveuf$_9$ ci există staţie limfatică de ordinul /, reprezentată prin mai multe grupe ganglionare (grupele ganglionare iliace externe şi hipogastrice), procesul neoplazic puţind interesa iniţial unul sau mai mulţi ganglioni din această primă staţie.

Odată ganglionii staţiei I interesaţi, procesul neoplazic evoluînd, difuzează, invadînd *a Il-a staţie ganglionară*, care este reprezentată prin: 1) ganglionii iliaci primitivi, 2) promontorieni, şi 3) latero-sacraţi.

Staţia a 111-a ganglionară este extrapelviană, fiind reprezentată prin ganglionii latero-aortici inferiori, lombo-aortici şi pericavi. în mod obişnuit ganglionii acestei staţii sint invadaţi neoplazic în stadiile înaintate ale bolii.

Sînt cazuri înaintate de cancer al colului uterin unde se observă chiar prinderea neoplazică a ganglionilor supraclaviculari stîngi (ganglionul lui Vir- chow-Troisier).

în cazuri cu totul rare procesul canceros în extinderea sa prin reţeaua limfatică nu respectă această ordine a staţiilor ganglionare; spre exemplu, staţia I ganglionară poate fi ocolită, prima metastazare făcîndu-se direct în grupe ganglionare ce aparţin în mod obişnuit staţiilor a Il-a şi a IlI-a.

Aruncînd o privire de ansamblu asupra situaţiei topografice a acestor staţii ganglionare, putem trage următoarele *concluzii practice:*

— *staţia I ganglionară limfatică este concentrată* în triunghiul vascular inter- iliac, format de mănunchiul vascular (artera şi vena) iliac extern şi mănunchiul vascular intern (hipogastric), ocupînd mai cu seamă fosa obturatoare. Aceşti ganglioni fac parte din grupele anterioare ale ganglionilor pelvisului, situaţia lor topografică fiind favorabilă unei exereze chirurgicale totale. Regiunea este uşor abordabilă chirurgical, ganglionii fiind concentraţi pe o suprafaţă precisă, avînd raporturi cu organe (arterele şi venele iliace şi nervii obturatori) ce se pretează la o disecţie amănunţită;

•—*staţia ll-a ganglionară limfatică*, formată din ganglioni care fac parte din grupele posterioare ale ganglionilor pelvisului, este risipită în jurul organelor situate profund, ca: artera şi vena iliacă primitivă, sacrul, rectul şi plexul nervos hipogastric inferior. Situaţia lor topografică nu este favorabilă unei exe- reze chirurgicale totale. Regiunea este greu de abordat chirurgical, ganglionii fiind risipiţi pe o suprafaţă întinsă, avînd raporturi cu organe greu accesibile şi nu se pretează la o disecţie amănunţită. într-adevăr, tentativa de a-i îndepărta în totalitate, presupune decolarea rectului, lezarea reţelei venoase fine din ţesutul conjunctiv, de la acest nivel, decolarea ureterului pe o mare lungime, extirparea odată cu aceşti ganglioni (parasacraţi şi pararectali) a ţesutului conjunctiv para- rectal şi a ganglionilor nervoşi pelvieni (hipogastrici inferiori).

Dintre ganglionii staţiei a II-a, numai cei iliaci primitivi (nod limfatic important al staţiei a Il-a) pot fi extirpaţi chirurgical, cu oarecare uşurinţă. Restul ganglionilor (pararectali, parasacraţi) sînt practic inextirpabili în totalitatea lor, ţinînd seama de situaţia lor topografică şi mai ales de riscurile legate de o asemenea tentativă;

— *staţia a IlI-a ganglionară limfatică* este extrapelviană (latero-aortico-cavi) şi de asemenea greu de extirpat chirurgical în totalitatea ei. Prinderea ganglionilor reprezintă un pericol real în cancerul colului uterin.

Mulţi chirurgi şi ginecologi neglijează şi azi pericolul prinderii precoce a ganglionilor în cancerul colului. Ei se bazează pe afirmaţia lui J. L-Faure că: « parametrul este invadat înaintea ganglionilor şi că aceştia rămîn adesea, pentru o lungă perioadă de timp, absolut indemni de orice infecţie canceroasă» (« Trăită de gynecologie», 1928, Ed. Doin).

Lecene şi alţi autori au susţinut acelaşi punct de vedere. Concluzia a fost că, chirurgii operau radical uterul canceros, dar lăsau pe loc toată aria ganglionară a colului, fapt ce duce la o proporţie mare de insuccese, recidivele fiind sigure în cazurile cu adenopatie.46 De aici rezultă şi obligativitatea limfadenectomiei.

3. VASCULARIZAŢIA UTERULUI

Pentru ca intervenţiile radicale în cancerul uterin să se poată face fără hemoragii mari intraoperatorii sau pentru a se face o hemostază eficace în hemoragiile provocate de această boală, este necesară amintirea următoarelor noţiuni:

Uterul are o circulaţie arterială de origine multiplă. Arterele cele mai importante sînt uterinele, ramuri din arterele hipogastrice (fig. 582).

Acest fapt a determinat majoritatea chirurgilor, ca în caz de hemoragie masivă a cancerului de col, să lege arterele hipogastrice.

Experienţa a arătat că simpla legătură a hipogastricelor, propusă în tratamentele clasice, este insuficientă, deoarece uterul mai primeşte sînge şi din alte artere importante şi anume:

— prin arterele ovariene, direct din aortă;

—prin arterele ruşinoase, ramuri din artera femurală care se anastomozează cu artera ligamentului rotund;

— prin arterele ligamentului utero-sacrat, ce se anastomozează cu sistemul arterial hemo-
roidal.

Rezultă de aici că, după legarea hipogastricelor, circulaţia uterului se reface rapid prin căile suplimentare menţionate mai sus, hemoragiile reapărînd cu aceeaşi intensitate.

Thoma Ionescu a arătat că, pentru ca hemostaza să fie eficientă în cancerele hemoragice inoperabile, trebuie să legăm, pe lîngă arterele hipogastrice, şi ligamentele rotunde, ligamentele lombo-ovariene şi ligamentele utero-sacrate uterul rămînînd să fie vascularizat minim, prin arterele vaginale.

46 Datele din literatură arată că 30% din totalul recidivelor se fac la nivelul ganglionilor rămaşi pe loc (alte statistici arată cifre mai mari).

DISPOZIŢIA ANATOMICĂ A ARTEREI UTERINE

Arterele cele mai importante ce trebuie legate şi secţionate în cursul histerectomiilor lărgite pentru cancer, sînt uterinele. Cunoaşterea modului de emergenţă a acestor artere din arterele hipogastrice şi raporturile lor cu ureterul este necesară.

Artera uterină poate porni din artera hipogastrică ca trunchi izolat (fig. 583 A), iar alteori ca trunchi comun cu artera ombilico-vezicală superioară (fig. 583 B). Aceste modalităţi sînt cele mai frecvent întîlnite în practică; mai rar uterină porneşte dintr-un trunchi comun cu artera obturatoare (fig. 583 C). Excepţional de rar se întîlnesc două artere uterine (fig. 583 D).

Artera uterină se îndreaptă spre colul şi istmul uterin, încrucişînd pe deasupra ureterul. împreună cu tot ţesutul conjunctiv şi colectoarele limfatice din jurul ei, formează pediculul supraureteral.

Trebuie reţinut faptul că artera uterină are trei colaterale pe parcursul ei, fapt ce necesită o disecţie specială a pediculului supraureteral (vezi fig. 582):

— Artera vezicală (denumită impropriu de J. L. Faure artera cornului vezical).
— Arteriola nutritivă pentru ureter (inconstantă).
— Artera cervico-vaginală.

Artera vezicală izvorăşte din crosa uterinei, la mică distanţă de originea acestei artere şi se îndreaptă spre faţa laterală a vezicii, înconjurată de un mănunchi bogat de vene subţiri (vezi fig. 582), înfăşurată în ţesut conjunctiv. Tot acest mănunchi arterio-venos acoperă ureterul în porţiunea sa juxtavezicală, încît liberarea lui la acest nivel în cursul histerectomiilor largi este condiţionată de secţiunea şi ligatura acestui pedicul vascular al vezicii urinare (descris de J. L. Faure sub numele de « pediculul cornului vezical»). Necunoaşterea anatomiei acestei regiuni anterioare a pediculului supraureteral poate duce la hemoragii venoase supărătoare sau chiar la lezarea ureterului, în timpul manevrelor de izolare a lui şi a vezicii urinare (vezi fig. 620).

Arteriola nutritivă a ureterului prezintă importanţă, deoarece cînd se face descrucişarea pediculului supraureteral de ureter, trăgînd în sus de uterină, această arteriolă inconstantă se poate rupe şi produce hematoame disecante în adventicea ureterului, fapt ce jenează dinamica lui. Pentru acest motiv, chirurgul nu va rupe «aderenţele» ce apar între marginea inferioară a arterei uterine şi marginea superioară a ureterului în timpul descrucişării, ci le va lega şi secţiona cu fir subţire de catgut.

Arterele uterine, după un traiect ascendent pe marginile laterale ale uterului, se anastomozează cu ramurile arteriale provenite din artera ovariană (pedicului lombo-ovarian), aşa încît ligatura ambelor artere uterine nu duce la ischemia uterului. Pe această dispoziţie de vascularizaţie arterială se bazează procedeul Aburel de colpo-histerectomie subfundică (vezi fig. 603).

ASPECTE ALE CIRCULAŢIEI VENOASE A PELVISULUI

Pericolul hemoragiilor intraoperatorii în histerectomiile totale lărgite ţin mai mult de lezarea reţelei venoase, decît a reţelei arteriale a pelvisului. Acest fapt, care pare paradoxal, are însă explicaţii. Arterele care trebuie secţionate (uterină în special), avînd o topografie precisă, pot fi uşor reperate şi legate.

în afară de trunchiurile mari venoase ale pelvisului (vena iliacă primitivă, iliacă externă şi hipogastrică), care pot fi lezate intraoperator numai în cazuri excepţionale (de pildă aderenţa ganglionilor la pereţii venelor), există o serie de plexuri venoase cu reţea foarte bogată, care sînt dispuse în condensările ţesutului conjunctiv, avînd maximum de concentrare mai ales înspre partea inferioară a acestor condensări conjunctive, în vecinătatea planului muşchilor ridicători anali, formînd aşa-numitul « curent venos din fundul pelvisului» (Gregoire) sau plexul venos uro-genital. Este de reţinut faptul că, pentru a extirpa ţesutul conjunctiv ce conţine aceste vene, trebuie creată calea de atac pentru manevrele chirurgicale prin spaţiile conjunctive avasculare ale pelvisului (vezi fig. 574).

Faptul că aceste vene au pereţii friabili şi că pereţii lor aderă la ţesutul conjunctiv vecin, explică uşurinţa cu care se rup şi tendinţa la hemoragie în cursul histerectomiilor totale lărgite. Uneori hemoragiile venoase sînt atît de greu de stăpînit, încît regiunea trebuie tamponată mai mult timp.

O caracteristică a acestor plexuri venoase este polimorfismul sub care pot fi întîlnite la diferite bolnave. Uneori această reţea este slab reprezentată, alteori este extrem de bogată, încît sîngerări repetate pot surveni în timpul actului operator.

Sînt cîteva semne indirecte din a căror interpretare se poate deduce bogăţia circulaţiei venoase profunde:

— în caz de structură reticulară bogată a plexurilor utero-vaginale, venele din grosimea ligamentului lombo-ovarian şi a foiţelor ligamentului larg sînt multiple. Dacă plexul utero-vaginal este slab exprimat, plexul venos lombo-ovarian aproape lipseşte (Sevkunenko).

— Constatarea varicelor pelviene.

Pentru operator sînt necesare următoarele detalii asupra unor variante anatomice ale reţelei venoase pelviene, la femeie, în regiunile în care se fac manevre chirurgicale în timpul histerectomiilor lărgite:

a) *Variaţiile reţelei venoase în fosa obturatoare*, trebuie să fie cunoscute, deoarece se pot evita hemoragii în timpul evidării ganglionilor şi grăsimii din această regiune.

Redăm după Sevkunenko aceste variaţii: ţtjjjMt în unele cazuri vena obturatoare se găseşte sub forma unui trunchi izolat ce se anastomozează cu venele anterioare ale plexului vezical (fig. 584 A);

— în alte cazuri există o anastomoză mare între vena obturatorie şi vena iliacă externă, anastomoză care poate fi mai groasă decît însăşi vena obturatorie (fig. 584 B);

- alteori există anastomoze multiple cu vena iliacă externă (fig. 584 C). b) *Variabilitatea colateralelor mici ale venei iliace externe* (şi hipogastrice). Adeseori se constată o colaterală a venei iliace ce trece pe deasupra arterei iliace externe sau merge spre infundibulul crural.

Ea poate fi ruptă cu uşurinţă, dacă nu expunem bine regiunea inelului crural (prin pelvis), cînd se curăţă vasele iliace de ganglionii sateliţi (expunerea este uşurată utilizînd valva Polloson).

De asemenea la diferite nivele pe parcursul venei iliace se pot întîlni în rare cazuri mici colaterale venoase, ce pot fi rupte în decolări brutale.

c) *Variabilitatea reţelei venoase din pediculul subureteral*. Spre partea inferioară (spre planul ridicătorilor anali) a pedicululuі subureteral se găseşte concentrarea cea mai mare de vene ale plexului venos utero-vaginal.

Trebuie semnalate trunchiurile venoase cu calibru impresionant ca: vena uterină subureterală, vesa vaginală superioară şi venele utero-vaginale (vezi fig. 588). Acest plex venos, atît de bogat încît nici nu i se poate face o descriere sistematizată, este îngroşat şi prin existenţa limfaticelor şi arterelor: vezicală inferioară, ramură din hipogastrică (vezi fig. 578), ramurile anterioare ale hemo- roidalei medii şi ramurile vezico-vaginale ale arterei uterine (Ameline, Huguier etc.)

Cum extirparea pediculului subureteral prezintă o deosebită importanţă, dată fiind vecinătatea lui cu colul uterin cancerizat, neaplicarea corectă a penselor hemostatice, în timpul izolării şi rezecării acestui pedicul, poate duce la hemoragii mari, greu de stăpînit.

4. INERVAŢIA ORGANELOR PELVIENE (rect, uter, vezică)

Inervaţia organelor pelviene trebuie cunoscută în detaliu de chirurg, pentru a putea feri mai ales lezarea nervilor vezicii urinare, fapt care poate determina grave complicaţii postoperatorii în micţiune.

Toate organele pelvisului primesc filete nervoase simpatice şi parasimpatice din «plexul hipogastric» (plexul pelvian sau ganglionii lui Lee Franckenhäuser).

Plexul hipogastric are forma unui dreptunghi plasat topografic pe faţa externă a ligamentului utero-sacrat (în dreapta şi stînga) (fig. 585).

Marginea posterioară a plexului, care primeşte ramurile nervoase aferente, este în apropierea concavităţii sacrate. Marginea anterioară, din care ies ramuri nervoase eferente, ajunge pînă aproape de uter (pînă unde ligamentul uterosacrat întîlneşte ligamentul lui Mackendrodt), puţin în afara fundului de sac lateral vaginal. Artera uterină încrucişează pe deasupra extremitatea anterioară a plexului (vezi fig. 585).

RAMURILE AFERENTE ALE PLEXULUI HIPOGASTRIC

Plexul hipogastric primeşte ramuri aferente prin trei rădăcini (pediculi) ce pătrund în plex prin marginea lui posterioară (fig. 586 A şi B).

— Pediculul simpatic postero-superior, format din nervii presacraţi (sau aplanhnicii pelvisului).

— Pediculul simpatic postero-mijlociu, format din ramuri simpatice provenite din lanţul simpatic sacrat (din ganglionii I, al II-lea şi al III-lea sacrat).

— Pediculul parasimpatic postero-inferior, format din filete ce provin din rădăcinile anterioare ale nervilor rahidieni sacraţi (S_2, S_3 şi S_4), avînd pericarioni situaţi în substanţa cenuşie a măduvei lombo-sacrate (centri de origine a parasimpaticului pelvian). Aceste filete, după ce ies din rădăcinile sacrate, se înmănunchează, dînd aşa-numiţii nervi pelvieni (numiţi în mod incorect de unii autori splanhnici pelvieni) (vezi fig. 585 şi 586).

RAMURILE EFERENTE ALE PLEXULUI HIPOGASTRIC

Din ganglionii nervoşi ai plexului hipogastric pleacă un număr de filete nervoase ce merg la vasele şi organele pelvisului: toţi aceşti nervi eferenţi sînt micşti, conţinînd filete simpatice şi parasimpatice (vezi fig. 585 şi 586).

Chirurgul care efectuează o histerectomie cu adevărat largă este obligat să cunoască următoarele noţiuni anatomo-fiziologice asupra plexului hipogastric şi inervaţiei vezicii urinare:

— *plexul hipogastric nu trebuie extirpat bilateral*. Orice extirpare exagerată a ţesutului conjunctiv pelvian (în special a porţiunii posterioare a ligamentelor utero-sacrate sau a porţiunii externe a pediculului subureteral) poate duce la extir- parea plexurilor hipogastrice sau la ruperea nervilor vezicii, fapt care poate avea grave consecinţe asupra dinamicii vezicale (retenţie, distensie vezicală, stază urinară, infecţie urinară etc.);

— *extirparea unilaterală a plexului hipogastric* în cazul invadării lui neoplazice, *nu este urmată de tulburări*, dat fiind rolul suplinitor al plexului nervos opus rămas;

— *inervaţia vezicii urinare şi a ureterului pelvian nu trebuie secţionată.* Vezica urinară îşi primeşte inervaţia exclusiv din plexul hipogastric prin doi pediculi nervoşi: pediculul superior (plexul periureteral), pediculul inferior (plexul vezi- co-vaginal).

Pediculul superior (plexul periureteral), constituit din filete ce ies din porţiunea superioară a marginii anterioare a plexului hipogastric, ajunge la vezică urmînd artera ombilicală cu ramura sa vezicală superioară (formaţiune ce nu trebuie secţionată în histerectomiile totale) şi mai ales prin teaca vasculo-conjunctivă a ureterului. Acest pedicul a fost denumit« plexul ureteral». Plexul periureteral formează un manşon de filete nervoase ce învelesc ureterul. Această dispoziţie specială face ca, atunci cînd se pregăteşte corect ureterul pentru extirparea pediculului subureteral în histerectomia totală lărgită, să se păstreze o dată cu ureterul şi plexul nervos adiacent (ureterul fiind decolat împreună cu teaca sa vasculo-neuro-conjunctivă).

Pediculul inferior (plexul vezico-vaginal) este constituit din filete ce ies din porţiunea inferioară a marginii anterioare a plexului hipogastric. Acest pedicul se răsfiră şi pătrunde în vezică prin pereţii latero-inferiori ai organului: O parte din filete merg în jurul arterelor vezicale, artere care trebuie menajate în decolarea vezico-utero-vaginală. Pediculul inferior, provenind mai ales din filete ce ies din nervii pelvieni (provenind din primele rădăcini sacrate), este situat spre ridicătorii anali şi spre peretele lateral al bazinului. Această situaţie face ca, în histerectomia lărgită fără extirparea jumătăţii externe a pediculului subureteral, aceşti nervi vezicali să nu fie atinşi şi funcţia vezicii să fie asigurată postoperator.

5. RAPORTURILE URETERULUI PELVIAN

Pericolul important în histerectomiile totale (simple sau lărgite) este lezarea ureterului (porţiunea pelviană); limita între porţiunea pelviană şi porţiunea abdominală a ureterului este dată de linia nenumită a oaselor coxale.

Pentru chirurg este util de reţinut împărţirea didactică a ureterului pelvian în trei porţiuni (fig. 587).

Partea posterioară (subseroasă), care topografic este situată în afara ligamentelor utero-sacrate, imediat sub seroasa peritoneală, fapt ce îl face vizibil prin transparenţă.

Partea mijlocie (parauterină) topografic este în dreptul ligamentului cardinal a lui Mackenrodt. în această porţiune ureterul încetează de a mai fi subperitoneal, cufundîndu-se în ţesutul conjunctiv ce formează parametrul pro- priu-zis (ligamentul cardinal sau baza ligamentului larg), împărţind acest ţesut în aşa-numitele « pedicul supra- şi subureteral». La acest nivel ureterul are raporturi cu uterul şi vasele uterine, raporturi ce trebuie cunoscute în amănunt. Ureterul se află imediat în afara uterului, cam la 1,5 cm de marginea laterală a istmului. Începînd de la marginea posterioară a parametrului, ureterul străbate drumul la vezică înconjurat de artere, dar mai ales de un manşon format din vene multiple şi mari (fig. 588). Pe deasupra ureterului trece artera uterină şi vena uterină supraureterală şi limfatice.

Sub ureter şerpuiesc toate formaţiunile vasculare ale pediculului subureteral (vezi fig. 578).

Imediat sub ureter se află vena uterină subureterală şi vena vaginală superioară şi limfaticele pediculului subureteral. Medial (între ureter şi uter) se află venele utero-vaginale şi artera vaginală, ramură inferioară a uterinei.

în afara ureterului se găseşte o anastomoză venoasă între vena uterină supraureterală şi cea subureterală (vezi fig. 588).

După Peham, poziţia acestei vene fixează distanţa (mai mare sau mai mică) dintre ureter şi uter (în medie 1,5 cm). Dacă anastomoza între vena uterină supraureterală şi subureterală este aproape de marginea uterului, atunci ureterul va fi mai aproape de istm. Această dispoziţie amatomică ne arată cît de aproximativ şi ce efecte minime pot avea manevrele practicate în histerectomia totală simplă, pentru a depărta ureterul de uter prin împingerea vezicii, cu un tampon montat, în afară şi înainte, în timp ce uterul este tras în partea opusă împingerii vezicii (manevra Wiart). Cu toată această manevră, ureterul este tras după uter, din cauza acestui inel venos. De aceea în histerectomiile totale simple să se prefere ligatura uterinei ras la uter, după ce s-a pus ureterul în evidenţă în cîmpul operator. Ligatura plasată orbeşte riscă să penseze lateral ureterul.

Distanţa dintre ureter şi uter mai variază şi după gradul de deplasare a uterului (în prolapsul uşor, ureterul va fi mai depărtat de col) şi după gradul de hipertrofiere a colului (în fibroamele de col-istm şi în cancerele endocervicale ureterul va fi lîngă col) (vezi fig. 595 — cartuş).

Partea anterioară a ureterului pelvian (juxtavezicală). Imediat după ce ureterul iese din parametru, intră în grosimea ligamentului utero-vezical, pe care-1 străbate pînă ce intră în vezica urinară şi, în această porţiune, ureterul este înconjurat de formaţiuni vasculare, ce trebuie disecate cu atenţie în timpul operaţiei. Cranial şi lateral, ureterul are în preajma sa ramuri vezicale din artera uterină şi venele plexului vezical. Aceste vase formează pedicului cornului vezical sau porţiunea superioară a paracistului (vezi fig. 582). Caudal este situat plexul venos perivaginal. La acest nivel (înainte chiar de a ieşi din grosimea parametrului), ureterul face o curbură cu concavitatea înăuntru, de sus în jos, avînd tendinţa să îmbrăţişeze vaginul (vezi fig. 586 şi 588). La acest nivel ureterul este foarte aproape de pereţii laterali ai vaginului de care nu se desparte decît printr-un subţire strat de ţesut conjunctiv (posibilitatea lezării cînd se izolează vaginul în histerectomia abdominală sau posibilitatea lezării lui cînd, operînd pe calea vaginală, se secţionează ligamentele vezico-uterine).

RAPORTURILE DINTRE URETER ŞI ŢESUTUL CONJUNCTIV AL PELVISULUI (teaca proprie vasculo-neuro-conjunctivă a ureterului)

Pereţii musculari ai ureterului sînt înveliţi într-o «teacă vasculo-neuro- conjunctivă » proprie (sau teaca lui Waldayer), teacă ce trebuie respectată în cursul intervenţiilor. Este interesant de semnalat că această teacă proprie este foarte tardiv invadată de procesul canceros, încît uneori observăm parametrul complet invadat de neoplasm, în timp ce ureterul indemn străbate blocul canceros. Prin teacă trec capilare, nervi, arteriole şi venule fine, ce se anastomozează între ele.

Ureterul îşi primeşte vascularizaţia bipolar, după cum urmează: porţiunea abdominală şi porţiunea posterioară a ureterului pelvian sînt irigate prin ramurile arteriale ce provin din artera renală şi artera ovariană (pediculul superior) (fig. 589).

Porţiunea medie şi anterioară a ureterului este irigată din ramuri ce provin din plexul arterial al vezicii (pediculul inferior). Uneori primeşte ramuri direct din artera uterină la locul de încrucişare cu această arteră. Arteriolele acestor pediculi se anastomozează în plin canal în teaca proprie a ureterului, aşa că lezarea accidentală a unei arteriole poate fi uneori fără urmări. Tot în această teacă se găsesc şi nervii plexului vezical superior (nervii utero-vezicali, ramuri din plexul hipogastric), ca şi filete nervoase proprii pereţilor ureterali. Lezarea acestor filete nervoase poate avea uneori urmări neplăcute asupra dinamicii ureterale.

Ureterul şi teaca sa conjunctivă nu aderă în mod normal la ţesutul conjunctiv din formaţiunile ce le străbate (parametre, ligamentele utero-vezicale). între teaca sa şi ţesutul conjunctiv al formaţiunilor pelvisului, există un plan de clivaj, pe care chirurgul trebuie să-1 găsească, atunci cînd decolează ureterul, dacă vrea să nu aibă sîngerări din partea plexului venos periureteral sau să nu lezeze chiar ureterul.

6. FOSA OBTURATOARE

Pentru a efectua o evidare corectă a grupelor ganglionare anterioare este necesară cunoaşterea anatomiei fosei obturatoare, descrisă în mod temeinic de Thoma Ionescu (1900). Fosa obturatoare este spaţiul cuprins între pubis şi arcada femurală (anterior), bifurcarea arterei iliace primitivă în hipogas- trică şi iliacă externă (posterior), artera şi vena iliacă externă (lateral extern), artera hipogastrică cu ramurile sale (latero-intern şi- inferior) şi ureterul pelvian (laterointern şi superior). în jos fosa obturatoare ajunge pînă la planul muşchilor ridicători anali, iar intern pînă la planul ureteral (fig. 590).

Fosa obturatoare este străbătută de nervul, artera şi vena obturatoare. Ea este umplută de un ţesut adipos, bogat în capilare şi ganglioni limfatici ce trebuie extirpat larg şi corect în limfadenectomia pelvisului din cursul histerectomiilor largi, după principiile fixate de Thoma Ionescu, punîndu-se în evidenţă formaţiunile ce o delimitează (specificate mai sus), nelezîndu-se nervul şi vasele obturatorii. Planşeul muscular pelvian este schematizat în fig. 591 A.

7. RAPORTURILE UTERULUI CU VEZICA URINARĂ ŞI RECTUL

Aceste raporturi explică de ce vezica urinară este mai uşor invadată de procesul canceros extins de la col (contact direct; de aici obligativitatea cistosco- piei) decît rectul, unde se interpun două bariere: seroasa peritoneală a fundului de sac posterior şi peretele fundului de sac posterior al vaginului (fig. 591 B).

Aceste date de anatomie sînt suficiente pentru a înţelege corect sensul tehnicilor operatorii folosite în tratamentul cancerului organelor genitale feminine.

TEHNICI CHIRURGICALE FOLOSITE. ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI COLULUI UTERIN

1. TEHNICI CHIRURGICALE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL STADIULUI 0 (CIE) ŞI STADIULUI Ia (MICROCANCER)

I. CONIZAŢIA

Nu vom reproduce tehnica operatorie, deoarece această operaţie a fost expusă pe larg la capitolul « Operaţii plastice pe colul uterin ». Despre indicaţiile şi eficienţa ei în cancerul colului (a se revedea capitolul: Indicaţia terapeutică în Stadiul 0 (CIE) pag. 662—665).

în Institutul Oncologic Cluj-Napoca conizaţia este intervenţia des practicată în Stadiul O'(CIE) avînd atît scop diagnostic cît şi curativ.

II. HISTERECTOMIA TOTALĂ INVERSATĂ (tehnica Chiricuţă, 1966) PRINCIPII ŞI ^EFICIENŢĂ. INDICAŢIA OPERATORIE

Histerectomia totală simplă este metoda recomandată de mulţi autori pentru tratamentul radical al carcinomului intraepitelial.

Aceasta rezultă dintr-o statistică întocmită în 1966 de Kim Suk Whan şi colab. asupra atitudinii terapeutice utilizate în carcinomul intraepitelial în cele mai importante centre ginecologice pentru tratarea cancerului de col din 12 ţări (SUA, Japonia, Australia, Canada, Suedia, Anglia, Franţa etc.) *.

Metoda	Nr. instituţiilor care o practică
	43
	17
	4
	2

Funck-Brentano, unul din apărătorii acestei atitudini, afirma textual la Congresul Francez de Ginecologie ce a avut loc în Alger în 1952: « Suprimarea totală a uterului cu păstrarea funcţiei ambelor ovare ni se pare metoda de elecţie în stadiul actual al problemei. Odată cu uterul se va extirpa şi un coleret vaginal de 1 cm, avîndu-se în vedere etalarea posibilă a epiteliomului în suprafaţă».

în Institutul Oncologic Cluj noi practicăm histerectomia totală simplă cu coleret vaginal numai în cazurile la care textul Lahm-Schiller arată că zona iod- negativă prinde şi fundurile de sac vaginale. în toate celelalte cazuri fie conizaţie, fie histerectomia totală simplă, alegînd o tehnică care extirpă colul în totalitate.

Nu recomandăm histerectomia totală intracapsulară procedeul Aldridge şi nici histerectomia simplă intraistmică procedeul Carron, deoarece aceste tehnici, cu toată securitatea pe care o oferă ureterelor, au dezavantajul că pot lăsa pe loc fragmente de mucoasă de la periferia colului, mucoasa care poate fi afectată de procesul patologic.

în Institutul Oncologic Cluj-Napoca cu începere din 1966 practicăm în asemenea situaţie (carcinom intraepitelial unde nu sîntem siguri că nu este un microcancer), un tip de histerectomie totală pe care am denumit-o «inversată», datorită extirpării retrograde a uterului (tehnica I. Chiricuţă).

Cu toate că în microcancere preferăm ca tip de operaţie limfadeno-histero- colpectomia lărgită, operaţie care corespunde tuturor principiilor chirurgiei anti- canceroase, au fost cazuri cu diagnosticul dubios de carcinom intraepitelial, unde bănuiam microcancerul, şi la care am practicat histerectomia totală inversată asociată cu limfadenectomia pelvisului. Dacă pe piesa extirpată, examenul histopatologic a confirmat existenţa unui proces malign microinvaziv, postoperator am aplicat radium intravaginal pentru sterilizarea eventualelor microînsă- mînţări canceroase ale parametrelor.

Dacă histopatologic s-ar fi confirmat şi invazia neoplazică a ganglionilor limfatici (nu am avut nici un caz de microcancer cu ganglionii invadaţi) am fi asociat şi cotaltoterapia externă radiumterapiei intravaginale.

în concluzie, în stadiul Ia (microcancer) unde din motive speciale s-a practicat histerectomia totală inversată, operaţia trebuie completată cu limfadenectomia pelvisului, iar postoperator obligatoriu se va practica radiumaplicaţia intra- vaginală. Cobaltoterapia externă devine obligatorie în caz de găsirea unor ganglioni invadaţi canceros.

Histerectomia totală simplă inversată, realizează o histerectomie într-adevăr totală (spre deosebire de tehnicile lui Aldridge şi Carron), este foarte simplificată ca tehnică şi conferă (faţă de histerectomia totală clasică) maximum de securitate în ce priveşte protejarea ureterelor. împreună cu M. Rişcă am prezentat un studiu asupra 250 cazuri operate cu această tehnică, fără complicaţii postoperatorii, fără lezarea ureterelor şi cu 0% mortalitate.

Histerectomia totală inversată este *contraindicată* în cazurile care au colul uterin mult mărit de volum. în aceste situaţii mărirea în diametru a colului micşorează spaţiul anatomic de 1,5—2 cm existent între colul uterin-vagin şi ure- tere, aceste formaţii anatomice apropiindu-se într-atîta, încît aplicarea şi strin- gerea pensei Mickulicz ras cu marginea externă a istmului şi colului uterin riscă să penseze şi ureterul lipit de uter. Insistăm asupra acestei contraindicaţii (vezi fig. 595 cartuş).

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Se va dezinfecta vaginul cu 3—4 zile înainte de operaţie prin irigaţii şi ovule cu sulfamidă (Ovestrol). Clismă seara şi în dimineaţa operaţiei. în dimineaţa operaţiei irigarea vaginului, curăţirea pe valve a colului de secreţii, ştergerea colului cu un tampon îmbibat în alcool. Tamponarea cu meşă lungă a vaginului; sondă vezicală «ă demeure» (preferabilă sonda Foley).

TEHNICA OPERATORIE

1. *Laparotomie mediană pubo-ombilicală.* După ce se stabileşte necesitatea păstrării sau înlăturării anexelor se procedează în felul următor:

2. *Se decolează larg vezica de uter şi vagin ca la operaţia Wertheim,* expu- nîndu-se peretele anterior al vaginului pe o distanţă de 2—3 cm în jos, sub locul de inserţie a vaginului pe uter. Decolarea vezicii nu se face numai pe linia mediană, ci şi lateral, expunîndu-se faţa anterioară a vaginului de la o margine la alta a acestuia (element important al tehnicii). In acest fel se îndepărtează de vagin, crosele ureterelor ce îmbrăţişează anterior marginile laterale ale vaginului, înainte de a se vărsa în vezică (bineînţeles că ureterele nu se văd, sînt în bloc îndepărtate cu ţesuturile parauterine). Se va avea grijă ca tamponul montat cu care se face decolarea să nu rupă plexurile venoase perivaginale, ce sînt dezvoltate mai ales spre marginile laterale ale vaginului (fig. 592).

3. *Se decolează vaginul de rect* prin deschiderea fundului de sac peritoneal Douglas evidenţiindu-se peretele posterior al vaginului pe o distanţă de 2—3 cm (cînd fundul de sac peritoneal Douglas este destul de profund, acest timp operator devine uneori inutil).

Cu un tampon montat se desăvîrşeşte lateral atît decolarea anterioară, cît şi cea posterioară, pentru a evidenţia lateral cît mai mult pereţii vaginali. Se va verifica digital dacă 1/3 superioară a vaginului este bine decolată de vezică şi rect.

4. *Trăgindu-se în continuare cu o pensă Museaux de uter în sus şi posterior,* pentru a pune în tensiune vaginul, *se deschide (cu foarfecele transversal) peretele anterior al vaginului* imediat sub fundul de sac vaginal anterior. Incizia transversală se face cît mai larg posibil, de la un paracolpos la altul (fig. 592). O asistentă extrage pe jos meşa vaginală.

5. Un timp important este *perforarea ligamentelor largi la baza lor* (fig. 593).

Perforarea se face prin introducerea unei pense lungi curbe cît mai la baza

ligamentului larg, deasupra locului unde bănuim existenţa crosei arterei uterine şi cît mai aproape de uter. Se realizează astfel două mici breşe la baza ligamentelor largi cît mai aproape de uter şi cît mai aproape de artera uterină.

6. *Se apucă colul uterin cu o pensă Museaux,* introdusă prin breşa vaginală, şi se trage puternic, exteriorizîndu-1 din lumenul vaginal în abdomen punînd astfel sub tensiune pereţii: laterali şi posterior ai vaginului (fig. 594). Colul se curăţă şi se dezinfectează cu alcool iodat.

7. *Se procedează în continuare ca la o histerectomie totală vaginală,* efectuată însă, de această dată, pe cale abdominală (în histerectomia pe cale vaginală se află în vagin atît corpul uterin exteriorizat cît şi colul uterin; în tehnica propusă de autor avem în abdomen atît corpul uterin, cît şi colul uterin, tras prin breşa vaginală). Pentru a separa uterul de vagin este necesar a secţiona între pense pas cu pas inserţia vaginului pe uter de jur împrejur. Trebuie utilizate pense de hemostază lungi, curbe, braţele care muşcă ţesuturile trebuind să fie scurte şi foarte puternice (dure). Pensele tip Mickulicz corespund cel mai bine acestei operaţii. Fără existenţa unor asemenea pense, recomandăm să se renunţe la acest tip de histerectomie. Existenţa unor pense mai slabe ar putea expune la hemoragii grave prin deraparea ţesuturilor şi vaselor din ghiarele muşcătoare ale pensei. Punctul critic al separării uterului de vagin este momentul pensării arterei uterine şi a paracolposului respectiv (fig. 594). Acest moment trebuie pregătit în mod special şi cere o aplicare corectă a penselor Mickulicz, pentru a se evita deraparea arterei uterine secţionate din pensa ce a muşcat în bloc artera uterină, peretele vaginal lateral şi parametrul respectiv.

Pentru a aplica această pensă «cheie», care trebuie să prindă puternic artera uterină, dar să evite în acelaşi timp pensarea ureterului se trage continuu în sus de colul uterin abdominalizat (deci se trage de pensa Museaux) şi se introduce pensa cu braţe scurte şi puternice de tip Mickulicz cu un braţ în vagin (prin breşa vaginală anterioară) şi cu un braţ în breşa făcută la baza ligamentului larg (cartuş, fig. 594).

Pentru a evita pensarea ureterului, care este foarte aproape de uter, este de foarte mare interes modul cum orientăm braţele pensei Mickulicz: braţul endovaginal al pensei (semnalat cu litera A’ în fig. 595) va fi plasat exact în fundul de sac vaginal lateral (se începe cu artera uterină dreaptă, deci în fundul de sac vaginal drept va fi aplicată mai întîi pensa), iar celălalt braţ al pensei (semnalat cu litera A în fig. 595), rămas în abdomen şi introdus în breşa făcută la baza ligamentului larg va fi apropiată pînă se simte că este în contact imediat cu marginea laterală a uterului (fig. 595 A—A').

Prin strîngerea forţată a pensei Mickulicz, aceasta prinde strîns prin strivire (« muşcă») în bloc parametrul respectiv (ras cu corpul uterin) artera uterină şi peretele vaginal (fig. 595 C).

Deasupra ei se plasează o a doua pensă (neobligator) pentru a evita sîngerarea retrogradă din artera şi venele uterine şi se secţionează între ele, separîn- du-se astfel lateral uterul de vagin.

Atragem atenţia ca aplicarea greşită a « pensei Mickulicz cheie», poate antrena pensarea laterală a ureterului. în fig. 595 B—B' se poate vedea bine că îndepărtarea braţului pensei Mickulicz de marginea laterală a uterului (însemnat cu B în fig. 595) şi strîngerea pensei în această poziţie, apropie pensa de ureter şi măreşte riscul ureteral.

Deci pentru a reuşi, un braţ al pensei trebuie să fie în fundul de sac vaginal lateral, iar celălalt braţ să fie aplicat ras cu marginea laterală a uterului (cartuş — fig. 594).

De asemenea, reamintim că în caz de col mult îngroşat (prin existenţa unui fibrom istmic sau de col) tehnica histerectomiei totale inverse este contraindicată, deoarece spaţiul liber de 1,5—2 cm existent în mod normal între ureter şi peretele lateral al uterului (fig. 595 cartuş) este mult redus, încît pensa muşcătoare Mickulicz riscă să penseze şi ureterul.

8. *Se secţionează între pense ţesuturile respective* (deoarece tranşa vaginală superioară inserată pe colul uterin este deseori nehemoragică, aplicarea pensei hemostatice pe ea este facultativă). Se continuă apoi în acelaşi mod secţionarea vaginului de jur împrejur, avîndu-se totdeauna grijă ca pensa Mickulicz să aibă braţul endovaginal plasat exact pe fundul de sac vaginal, iar braţul abdominal să fie totdeauna plasat ras cu uterul, încălecînd corect ţesuturile paravaginale care vor trebui secţionate după pensare.

Prin faptul că posterior rectul s-a decolat larg şi corect pe vagin, nu există pericolul ca pensa Mickulicz, ce va strivi peretele vaginal posterior şi ţesuturile învecinate, să poată leza rectul (fig. 596).

9. *Arterele uterine secţionate şi uterul separat total de vagin*, permit ridicarea uterului din pelvis trăgînd în sens cranial de pensa Museaux fixată pe col. în acest fel foiţele peritoneale ale ligamentelor largi sînt puse sub tensiune fapt ce permite secţionarea seroasei peritoneale, latero-uterin (timp de obicei nehemo- ragic). în acest mod uterul se eliberează total din pelvis, rămînînd încă fixat prin ligamentele rotunde şi lombo-ovariene (fig. 597).

10. *Secţionarea ligamentelor rotunde şi lombo-ovariene*, bilateral. Acest timp este mult uşurat prin tensionarea formaţiunilor ligamentare amintite datorită tracţiunii exercitate pe colul uterin (pensa Museaux) şi pe uterul exteriorizat din pelvis. Pensarea şi secţionarea ligamentelor rotunde şi lombo-ovariene între pense urmată de ligatura bonturilor. Dacă situaţia cazului necesită păstrarea anexelor (lucru permis în CIE la femei tinere) tehnica se modifică în sensul că anexele sînt păstrate, pensarea, secţionarea şi ligatura făcîndu-se la nivelul implantării ligamentului rotund şi trompei în corpul uterin.

Trebuie remarcat că în toate tehnicile cunoscute de histerectomie totală pe cale abdominală se începe cu izolarea uterului dinspre fundus spre vagin, secţionarea vaginului devenind ultimul timp pentru îndepărtarea uterului.

în tehnica histerectomiei inverse, întîi se secţionează vaginul liberîndu-se uterul, secţionarea ligamentelor rotunde şi lombo-ovariene devenind ultimul timp operator.

11. In această tehnică toate ligaturile vasculare se aplică după îndepărtarea uterului din bazin.

în general, pentru îndepărtarea uterului şi secţionarea de jur împrejur a vaginului, sînt necesare 4—6 aplicaţii de pense Mickulicz după tehnica expusă (fig. 598).

Primele ligaturi se aplică pe ligamentele rotunde secţionate; apoi se leagă pediculii lombo-ovarieni. La urmă se leagă pediculii vasculari parametrali împreună cu vasele pensate între braţele puternice ale penselor Mickulicz, cu fire groase de catgut cromat; se poate folosi catgut obişnuit gros trecut prin transfixie cu acul; insistăm asupra atenţiei şi soliditătii cu care trebuie efectuate aceste ligaturi, pentru a se evita deraparea şi scăderea din ligatură a arterelor uterine (fig. 599).

în multe cazuri ligaturile le-am făcut cu aţă groasă.

Tranşa vaginală, rămasă după îndepărtarea uterului, se închide cu fire izolate de catgut sau cu surjet de catgut (fig. 600), se drenează pelvisul, pe cale vaginală, exteriorizîndu-se în vagin un tub de cauciuc strecurat printre firele de sutură a tranşei vaginale (fig. 600 C). După pulverizarea ţesuturilor parametrale cu antibiotice, se peritonizează pelvisul (fig. 600 B) şi se închide peretele abdominal într-un singur strat. Drenarea pelvisului cu tub exteriorizat suprapubian este facultativă.

în cele cîteva sute de histerectomii totale inversate pe care le-am efectuat, durata îndepărtării uterului a fost de 4—7 minute. Acest fapt denotă simplitatea şi uşurinţa tehnicii, cînd este bine cunoscută. Apoi a urmat aplicarea firelor de hemostază, peritonizarea, sutura peretelui abdominal etc.

Atragem insistent atenţia că în situaţia cînd leziunea de pe col este suspectată de a fi un carcinom microinvaziv, *atunci completăm histerectomia totală inversă cu limfadenectomia pelvisului şi în caz de confirmare histopatologică a carcinomului*

microinvaziv postoperator, vom indica bolnavei aplicarea de radium pe bontul vaginal la 3-—4 săptămîni după vindecarea operaţiei (eventual şi radioterapie dacă ganglionii limfatici au fost găsiţi metastazaţi).

Avînd în vedere posibilitatea ca un carcinom intraepitelial (CIE), să fie găsit la examenul histopatologic sedat al piesei de conizaţie, a fi un microcancer (stadiul Ia) unii autori recomandă de la început practicarea unei histerectomii totale cu limfadenectomie şi cu extirparea mai extinsă sau mai puţin extinsă a parametrelor.

Astfel, Cerbonnet 1967, pentru a evita o reintervenţie în caz de microinvazie găsită histopatologic (reintervenţie ce se va efectua în grele condiţii tehnice) practică de la început o histerectomie moderat lărgită cu limfadenectomie. El nu descoperă pe o distanţă prea mare ureterele, pentru a evita complicaţiile ureterale obişnuite. în caz că se confirmă anatomopatologic microinvazia, autorul consideră suficient acest tip de operaţie, cunoscută în literatură sub numele de « mini-Wertheim ».

în schimb, alţi autori ca: Meigs, Te Linde, ş.a. preferă să simplifice conduita în carcinomul intraepitelial prevenind orice risc ulterior (identificarea unui microcancer) prin practicarea de la început a unei limfadenectomii lărgite, operaţie recomandată de toţi

aceştia atunci cînd carcinomul a spart membrana bazală şi a devenit microinvaziv. Toţi aceşti autori merg pe ideea de « a greşi mai bine în plus decît în minus».

în ceea ce ne priveşte, noi recomandăm pentru carcinomul intraepitelial, conizaţia sau histerectomia totală inversată, iar pentru cancerul microinvaziv şi microcancer limfadeno-histero-colpectomia lărgită. în mod excepţional se poate practica şi histerectomia totală inversată, asociată cu limfadenectomia pelvisului, completîndu-se postoperator tratamentul cu radiumterapie intrava- ginală şi la nevoie cobaltoterapie externă.

III. COLPOHISTERECTOMIA LĂRGITĂ SUBFUNDICĂ (tehnica E. Aburel, 1956)

PRINCIPII ŞI EFICIENŢĂ

E. Aburel reluînd problema stadiilor cu totul incipiente, bazîndu-se pe caracterul lor morfopatologic şi fiziopatologic, propune o atitudine diferită decît cea cunoscută şi totodată foarte discutabilă.

Argumentarea acestui autor este următoarea:

— diagnosticul diferenţial histopatologic între stadiul 0, «microcancer» şi stadiul I foarte incipient este foarte dificil şi necesită laborioase cercetări pe numeroase cupe seriate pentru a afirma categoric că bazala este ruptă sau nu, că cordoanele infiltrative canceroase nu au invadat în anumite puncte prea mult ţesutul cervical sau limfaticele. în practica curentă, această certitudine de diagnostic diferenţial este foarte greu de stabilit, încît, după opinia Iui Aburel, stadiul 0 este mai prudent să fie considerat microcancer;

— stadiile cu totul incipiente prezintă în general «o relativă benignitate», în sensul că procesul patologic este limitat şi unic (stadiul 0), iar în cazul că membrana a fost ruptă şi diseminarea a început, aceasta nu se face spre uter şi ovare, ci spre ţesutul conjunctiv periuterin şi ganglionii limfatici tributari colului (microcancer). Aburel îşi pune întrebarea dacă, în stadii cu totul incipiente, mai este justificată atitudinea de a se recurge, la femeile tinere (30—40 ani), la larga exereză clasică mutilantă tip Wertheim, cu consecinţe funcţionale atît de neplăcute (dezechilibru neuroendocrin produs prin castrare, tulburări psihice etc). De asemenea, autorul critică indicaţia de histerectomie totală simplă în aceste cazuri, care nu are nici un avantaj din punct de vedere al conservării funcţiilor neuro-endocrine, iar pe de altă parte lasă parametrele şi ganglionii pe loc, formaţiuni ce pot fi invadate chiar în microcancere;

— extirparea ovarelor în aceste cazuri incipiente apare ca un exces de prudentă, nejustificat prin dinamica procesului malign. Chiar în cazul histerectomiei totale simple cu conservarea ovarelor, funcţia acestora este prejudiciată prin lipsa endometrului.

Pentru motivele de mai sus, E. Aburel a propus o nouă operaţie pentru stadiile cu totul incipiente ale cancerului colului uterin, care, dacă păstrează un radicalism larg în teritoriile posibil invadate canceros (col, istm-uterin, vagin, ţesut conjunctiv periuterin şi ganglioni) este conservatoare în ce priveşte teritoriile ce au o posibilitate foarte redusă de a fi invadate canceros (ovare şi fundul uterului).

Operaţia propusă a denumit-o « colpohisterectomie lărgită subfundică». Ea constă din exereză largă în bloc a istmului, a porţiunii inferioare a corpului uterin, a colului şi a porţiunii superioare a vaginului, împreună cu parametrele adiacente, ca în operaţia Wertheim; adaugă şi limfadenectomia complementară sistematică. Această atitudine permite extirparea tuturor ţesuturilor şi organelor expuse invadării neoplazice în stadiile cu totul incipiente şi rezolvă dilema dintre cei ce doresc să restrîngă operaţia şi cei ce preconizează o largă extirpare.

Ea este urmată de reconstituirea continuităţii căilor genitale prin racordarea fundului uterin cu vascularizaţia lombo-ovariană conservată, la tranşa vaginală. Această atitudine ar permite conservarea în condiţii satisfăcătoare a funcţiilor genitale (endocrină şi menstruală).

INDICAŢII

1. Vîrsta sub 40 de ani.
2. Histerectomia lărgită subfundică este indicată în primul rînd în micro- cancerul exocervical.
3. O altă indicaţie o constituie şi « Stadiul 0» în care nu s-a putut obţine un examen anatomopatologic atent şi extins pe foarte numeroase cupe seriate, spre a exclude cu certitudine existenţa în unele puncte a microcancerului sau chiar a unui început invaziv.

TEHNICA OPERATORIE

Principiile tehnicii fiind expuse deja, desfăşurarea ei poate fi urmărită în figurile: 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607.

Controlul periodic tardiv este obligatoriu, pentru a observa la timp şi trata precoce eventualele recidive, unele modificări ale endometrului sau ale men- struaţiei, sau degenerescenţă chistică a ovarelor restante (tratament profilactic: administrarea de testosteron imediat postoperator). Eventualele dereglări ale funcţiei endocrine genitale vor fi corectate hormonal. în scopul depistării precoce a recidivelor, examenele citologice repetate, colposcopia şi eventual biopsia de endometru pot fi utile.

Radioterapia postoperatorie nu este indicată (cît timp nu se înregistrează recidive) în cazurile de cancere cu totul incipiente ale colului uterin.

Personal avem rezerve mari faţă de argumentele aduse de E. Aburel în sprijinul acestei operaţii.

REZULTATE

Cazurile operate de E. Aburel au fost toate din stadiul I, foarte incipien şi puţine la număr (din cauza restrîngerii indicaţiei). Totuşi, din 5 cazuri operate a avut vindecări durabile la 4 cazuri (timp de urmărire: 8, 5, 4 şi 3 ani). Un singur caz, dintre primele operate, care era mai avansat (deci nu s-a respectat strict indicaţia) şi la care rezecţia vaginului nu a fost suficient de largă, a făcut o recidivă pe bontul vaginal.

Personal am operat la Institutul Oncologic Cluj 6 cazuri după această tehnică, fără incidente operatorii sau postoperatorii imediate. Toate cazurile au făcut, mai devreme sau mai tîrziu, stenoza orificiului uterin, urmată în unele cazuri de dismenorei rebele şi chiar de hematometrie. Dificultatea vine de acolo că orificiul uterin nu poate fi dilatat instrumental, dat fiind că nu poate fi vizualizat în cicatricea din fundul vaginului. La unele bolnave am fost nevoiţi să practicăm o histerectomie totală după cîţiva ani, pentru motivele expuse (hematometrie, dismenorei). De aceea, în ceea ce ne priveşte, noi nu mai practicăm operaţia E. Aburel, cu toată ingeniozitatea ei.

2. TEHNICI CHIRURGICALE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL STADIILOR Ib ŞI II (STADII OPERABILE) ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Histerectomiile totale lărgite efectuate în tratamentul radical al cancerului colului uterin se împart, după calea pe care sînt efectuate, în:

— histerectomii totale lărgite efectuate pe cale abdominală;

— histerectomii totale lărgite efectuate pe cale vaginală.

Histerectomiile totale lărgite cu timpi succesivi abdomino-vaginali sau

vagino-abdominali sînt din ce în ce mai puţin practicate. în schimb, pentru cancerele în stadii avansate (stadiul III şi IV) operaţia pe cale abdominală şi perineală cu două echipe ce acţionează sincron (« chirurgie în două echipe») este recomandată de unii autori (Ameline, Huguier).

Deoarece pentru stadiile I şi II se utilizează curent histerectomiile totale lărgite efectuate pe cale exclusiv abdominală sau exclusiv vaginală, vom discuta în acest capitol avantajele şi dezavantajele acestor operaţii. Avantajele operaţiilor «în două echipe» le vom discuta în cadrul tehnicilor chirurgicale recomandate în stadiile avansate (stadiile III şi IV).

EFICIENŢA OPERAŢIILOR ABDOMINALE ŞI VAGINALE

— *Calea abdominală*, prin faptul că oferă o vizibilitate largă asupra organelor pelvisului, a fost adoptată de majoritatea chirurgilor (Thoma Ionescu, Wertheim, J. L. Faure, Lecene, Lurie, A. Brunschwig, Cristea Grigoriu, Stanca, Meigs, Funck-Brentano, H. Robert etc. Personal, sîntem partizanul ei). Motivele care au dus la larga răspîndire a acestei căi sînt următoarele:

— permite o apreciere cît mai exactă asupra extinderii reale a invaziei canceroase prin posibilitatea ce o oferă de a explora direct vezica urinară, rectul, parametrele, ganglionii iliaci şi paraaortici, eventualele metastaze hepatice, starea ureterelor etc.;

— în felul acesta indicaţia de operabilitate (uneori de inoperabilitate), apreciată prin examenul clinic, poate fi corectată prin controlul direct al leziunilor, întinderea exerezei fiind în funcţie de această extindere;

— permite expunerea ureterelor, vezicii, arterelor şi venelor pelvisului etc. reducînd astfel posibilităţile de lezare intraoperatorie a acestor organe;

— permite practicarea unei intervenţii radicale, bazate pe principiul chirurgiei de sistem, de teritoriu limfatic, principiu ce stă astăzi la baza chirurgiei oncologice.

Numai pe cale abdominală se pot extirpa corect şi larg ganglionii limfatici pelvieni, invadaţi, tributari colului canceros.

Căii abdominale, în chirurgia uterului canceros, i s-au adus o serie de critici care, dacă au fost întemeiate acum o jumătate de veac, astăzi abia mai pot fi susţinute. Obiecţia principală a fost mortalitatea ridicată postoperatorie, datorită şocului şi infecţiei.

De pildă: Wertheim (1911) avea o mortalitate de aproximativ 25—30%, Leveuf de 36% (cînd operaţiei Wertheim îi asocia limfadenectomia), iar Thoma Ionescu de 40% prin intervenţia sa mult lărgită asupra ariei limfoganglionare. La acea dată terapeutica antişoc era aproape inexistentă, iar medicaţia antimi- crobiană practic nu apăruse; Faure, prin utilizarea sistematică a drenajului Mickulicz, a reuşit să reducă mortalitatea prin complicaţii septice pelviene, dar cifra rămînea totuşi ridicată. Astăzi mortalitatea postoperatorie a scăzut foarte mult (între 0—2%). H. Robert (1964) adunînd rezultatele mai multor statistici internaţionale a ajuns la concluzia că mortalitatea medie în operaţiile de tip Wertheim este de aproximativ 2% (1,94%—36 morţi pe 1855 operaţii).

Calea vaginală. Faţă de această situaţie, s-a propus (Schauta) utilizarea căii vaginale în chirurgia radicală a cancerului colului uterin47. Această cale întrunea cîteva avantaje nete asupra căii abdominale:

— histerectomiile pe cale joasă nu erau şocante, prin faptul că se evita deschiderea largă a cavităţii peritoneale;

— accidentele septice erau reduse, prin faptul că manevrele în cavitatea peritoneală şi delabrările ţesutului conjunctiv pelvian erau diminuate la maximum.

într-adevăr, mortalitatea era în trecut mult inferioară cazurilor operate pe calea abdominală (Schauta 8—15%, Stoeckel 15%, Amreich 14,6%). în prezent, calea vaginală a ajuns să aibă o mortalitate aproape de 1 %.

Ulterior, cînd s-a renunţat la operarea pe cale vaginală a cazurilor înaintate, selecţionîndu-se pentru operaţia pe cale vaginală numai cazuri incipiente, cînd tehnica a fost perfecţionată şi antibioticele au fost curent întrebuinţate, mortalitatea a scăzut simţitor: (Amreich 6,3%; Atabekov şi Ivanov 4,9%; Schroder 1,5%; Vuia 1,8%). în prezent, calea vaginală a ajuns să aibă o mortalitate de aproape 0 % (Navratil de la Viena; Şcoala lui S. Vuia; E. Căpăţînă; Matioc; ş.a.).

Cît timp problema exerezei adenopatiei canceroase nu a fost luată în seamă (situaţie întîlnită în primele 3—4 decade ale acestui secol), exereză Iimitîndu-se la organul cancerizat şi ţesutul conjunctiv de vecinătate (cazul operaţiei Wertheim sau Schauta), preferinţa ar fi putut să încline pentru utilizarea căii vaginale. într-adevăr operaţia tip Wertheim efectuată pe cale abdominală dădea o vindecare a cancerului (supravieţuire peste 5 ani) în stadiile I şi II, cam în procente egale cu histerectomia largă pe cale vaginală, mortalitatea imediat postoperatorie fiind mult mai redusă la aceasta din urmă.

Aşa se explică de ce unii chirurgi cu renume, care iniţial operau pe cale abdominală, au renunţat la aceasta în favoarea căii vaginale (de exemplu: Stoeckel, Navratil, Atabekov-Ivanov etc.).

Cînd însă problema ganglionilor (pe care Thoma Ionescu o susţinuse încă de la începutul acestui secol) a început să fie reluată în discuţie, cînd s-a constatat că radioterapia preoperatorie, poate steriliza oncologic leziunea colului şi ţesutul conjunctiv periuterin, dar nu sterilizează oncologic integral ganglionii (faptce impunea revenirea la chirurgia de teritoriu limfatic), calea abdominală a cîştigat partizani noi, prin posibilităţile ce le oferă limfadenectomiei.

între timp se fac progrese mari în terapeutica şocului operator, terapeutică reformată pe baze fiziopatologice, anesteziile de durată sînt ameliorate, medicaţia antimicrobiană eficientă (antibiochimioterapia) capătă o extindere nebănuită, iar tehnica operatoare se perfecţionează. Toţi aceşti factori au făcut ca mortalitatea ridicată, ce încărca operaţia pe cale abdominală, să scadă simţitor, încît astăzi nu mai există motivele de critică aduse acestei căi. în tabelul de mai jos, se poate urmări cum mortalitatea postoperatorie a scăzut de la an la an, încît astăzi se apropie de 0%.

Evoluţia mortalităţii operatorii în histerectomiile totale lărgite
de tip Wertheim sau alte operaţii similare

A. *Fără preiradiere*	
Wertheim (1905—1925) .... * . . i.	30
**	%
Bonney, urmat de elevul său Howkins (1907—1952) _ ___ _____	16
	%
Stanca C. (1930—1945).....	10
	%
(1945—1955) .... pi |	2%
Schlink (Royal Prince Albert, Hospital Sydney) (1950—1951)	3,9
	%
Charles Read (1955).....	3%
Michel Bechet: 11 decese pe 320 cazuri (stadiul I şi II)	
Brunschwig (1955).....	1
	3%
Stallworthy (Oxford, 1942—1972)	0,6
	9%
Meigs (1951)	1,6

47 La începutul secolului la Viena, centru important medical al Europei la acea dată, erau două şcoli rivale de ginecologie: Şcoala condusă de Wertheim şi Şcoala condusă de Schauta.

	%
Luros pe 328 cazuri (stadiul I şi II)	2,0
	%

B. *Cu preiradiere*

Teilhefer şi Pilleron: 4 decese pe 561 cazuri

Pilleron: 0% pe 333 cazuri.

M. Robert: 3 decese pe 480 cazuri (stadiul I şi II) (hemoragie intraoperatorie; stop cardiac

intraoperator; embolie postoperatorie).

Institutul Oncologic Bucureşti: 0,20% (Statistica de peste 1000 cazuri).

Institutul Oncologic Cluj-Napoca: 0,20% (Statistica de peste 1000 cazuri).

(Ambele institute au serii mari de cazuri cu 0% mortalitate).

Rezultă că în condiţiile de astăzi ale chirurgiei ginecologice, un chirurg care cunoaşte bine tehnica operatorie, ajutat de o echipă de anestezie şi reanimare competentă în acest tip de operaţii, trebuie să ajungă la o mortalitate postoperatorie de aproximativ 1 %.

Dacă în condiţiile actuale ale terapeuticei s-a ajuns ca prognosticul vital imediat să fie la fel de favorabil, indiferent de calea pe care se operează (abdominală sau vaginală), în schimb se pare că ameliorarea prognosticului îndepărtat oncologic nu se poate realiza decît prin practicarea unei chirurgii de sistem; numai calea abdominală permite efectuarea unei asemenea chirurgii largi, de teritoriu limfatic.

Cifrele statistice de mai jos pledează în acest sens: J. Meigs publică 81% supravieţuiri de 5 ani fără semne de neoplasm, în Stadiile I şi II, operînd după o tehnică de extirpare largă, bazată pe principiile chirurgiei de sistem, mortalitatea operatorie fiind de l-,7%; cînd ganglionii erau invadaţi neoplazic, supra- vieţuirea fără semne de cancer peste 5 ani scădea la 35 %. Statisticile institutelor oncologice din Bucureşti şi Cluj oferă statistici mari cu rezultate mult mai bune.

Odată cu punerea problemei în acest fel, importanţa căii abdominale cîştigă din ce în ce în teren, în comparaţie cu calea vaginală48.

Totuşi calea vaginală îşi păstrează actualitatea la bolnavele tarate, în dezechilibru organic ireversibil, unde starea organismului nu permite efectuarea unei operaţii pe calea abdominală (bătrîne peste 70<—75 ani, cardiopate, diabetice, obeze etc.).

Sînt totuşi autori (Stoeckel, Amreich, Navratil, Subodh Mitra, Atabekov, Vuia) cu mare experienţă în cancerul colului uterin, care au utilizat cu indicaţii mult mai largi calea vaginală, rezultatele fiind bune, dar numai în cazurile incipiente.

HISTERECTOMIILE LĂRGITE EFECTUATE PE CALE ABDOMINALĂ

PRINCIPIILE OPERAŢIILOR PE CALE ABDOMINALĂ PRACTICATE ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN ÎN STADIILE IB ŞI U ŞI EFICIENŢA LOR

în cancerul colului, datorită radiosensibilităţii procesului tumoral, actul chirurgical a căpătat un real sprijin prin asocierea metodelor radioterapice, ajun- gîndu-se astăzi la o metodă complexă de tratament: asociaţia radiochirurgicală.

înainte de a prezenta în amănunt tehnicile chirurgicale practicate pe calea abdominală în tratamentul cancerului colului, este necesară o prezentare critică a principiilor pe care se bazează şi a eficienţei lor, pentru a le fixa dintr-un început valoarea lor practică.

A. Tehnici care aparţin chirurgiei de organ Histerectomia totală simplă. A fost prima soluţie chirurgicală oferită acestei boli.

Operaţia este ilogică, fiindcă rezolvă numai problema organului bolnav, lăsînd pe loc zone cancerizate sau posibil cancerizate, ca: parametrele, ganglionii şi porţiunea superioară a vaginului (fig. 608 A).

Prin aceasta este călcat unul din principiile de bază ale chirurgiei oncologice: trebuie aleasă metoda care rezolvă radical procesul canceros, extirparea insuficientă fiind de multe ori mai dăunătoare decît abstenţia. Pentru aceste motive histerectomia totală simplă nu mai este recomandată.

B. Tehnici care aparţin chirurgiei lărgite (chirurgie de organ extinsă la ţesutul conjunctiv din vecinătate)

în această categorie se încadrează tehnica colpohisterectomiei lărgite, propusă de E. Wertheim (1898) şi tehnicile ce au derivat ulterior din această operaţie (tehnicile descrise de Latzko, J. Faure, Bonney, Stanca ş.a.).

48 Unii autori (Navratil, Mitra din Calcula) încearcă să asocieze histerectomiilor pe cale vaginală, limfadenectomia complementară, practicată intr-unul sau doi timpi operatori prin incizii inghinale paralele cu arcada femurală şi extirparea ganglionilor periiliaci şi ai foselor obturatoare. Intervenţia se face prin îndepărtarea peritoneului (extraperitoneal). în acest mod s-ar corecta deficienta majoră a operaţiilor pe cale vaginală (imposibilitatea limfadenectomiei). (Tehnica limfadenectomiei extraperitoneale este descrisă mai departe.)

Colpo-histerectomia lărgită Wertheim. Tehnica colpo-histerectomiei lărgite, propusă de Ries în 1895 şi reluată de Wertheim în 1898, a reprezentat o cotitură foarte importantă în tratamentul chirurgical al cancerului colului. în afară de colul canceros, corpul uterin şi anexe, prin această tehnică se mai extirpă larg vaginul (l_2 superioară), pediculii supraureterali, subureterali în jumătatea lor parauterovaginală şi ligamentele utero-sacrate, după disecţia prealabilă a vezicii urinare, ureterelor şi rectului (fig. 608 B).

Dacă se analizează cu atenţie tehnica publicată de Wertheim, constatăm că rămîn nerezolvate două probleme: a ganglionilor[49] şi a porţiunii externe a pediculilor subureterali.

în porţiunea rămasă neextirpată a pediculilor subureterali pot rămîne cuiburi celulare canceroase care asigură recidiva (bineînţeles că Wertheim opera la acea dată fără preiradiere). Neextirparea sistematică a ganglionilor explică în cea mai mare parte insuccesele operaţiei Wertheim; este ştiut că ganglionii canceroşi nu pot fi sterilizaţi sigur prin radioterapie. însuşi Wertheim

49 Wertheim nu extirpa decît ganglionii palpabili.

recunoaşte că: «recidivele au pornit în marea majoritate din regiunea ganglionilor iliaci şi numai într-o mică minoritate recidivele s-au produs în ţesutul cicatricial, adică în teritoriul fostei plăgi operatoare pelviene».

Operaţia Wertheim nu a dat rezultate mai bune de 60—65% supravieţuiri peste 5 ani (în stadiile I şi II).

Considerăm că, dacă operaţia Wertheim este completată sistematic cu limfa- denectomia grupelor ganglionare iliace şi asociată cu tratamentul radioterapie, ea devine o operaţie care corespunde concepţiei actuale a chirurgiei radicale şi a tratamentului modern al cancerului colului uterin. Este linia adoptată în prezent de şcoala vieneză actuală de ginecologie a Profesorului Husslein, derivată din şcoala lui Wertheim. Prin această completare ea iese din grupa tehnicilor de «chirurgie lărgită», devenind o tehnică a «chirurgiei de sistem».

în primele cinci decenii ce au urmat publicaţiei iniţiale a lui Wertheim (1904), operaţia propusă de el a suferit numeroase modificări de tehnică, care însă nu schimbă nimic din principialitatea fixată de Wertheim, principialitate pe care am expus-o mai sus.

Unii autori, pentru a reduce maximal riscul ureteral, au restrîns aria de ţesut conjunctiv extirpat, ajungîndu-se la « mini Wertheim-ul» practicat de *Te Linde*. Acest autor extirpa numai pediculii supraureterali, lăsînd aproape neatinşi pediculii subureterali. în acest mod ureterul, evidenţiat bine în plagă, nu mai poate fi lezat cu foarfeca; el rămîne nedislocat de la locul său, pe patul conjunctiv al pediculului subureteral.

Alţi autori, conduşi de ideea radicalismului chirurgical, au extins mult aria ţesutului conjunctiv periuterin extirpat, ajungîndu-se la o adevărată celulectomie a pelvisului dar lăsînd pe loc ganglionii limfatici. Aşa este spre exemplu tehnica recomandată de *Latzko,* care diferă de tehnica Wertheim prin faptul că pediculii subureterali sînt extirpaţi pînă la pereţii bazinului. în schimb, ganglionii limfatici sînt total ignoraţi. Odată cu îndepărtarea ţesutului conjunctiv (partea externă a pediculilor subureterali) pot fi extirpate şi plexurile nervoase hipogastrice inferioare. Organele rămase în pelvis (vezica în special) sînt aproape total denervate, iar ureterele decolate pe o mare întindere şi lipsite de suportul conjunctiv al porţiunii externe a pediculilor subureterali sînt expuse (în procent ridicat) la fistule şi stenoze cicatriceale postoperatorii.

Ignorarea ganglionilor şi pericolul crescut al complicaţiilor urinare, prin celulectomia pelviană excesivă, fac ca această operaţie să nu mai fie recomandată, avînd o importanţă istorică.

Ulterior au apărut alte tehnici derivate din tehnica Wertheim; diferenţele tehnice sînt neesenţiale, rezumîndu-se la unele artificii de tehnică, ce uşurează exereză.

Aşa spre exemplu, *Okabayasi* începe histerectomia prin secţionarea de la început a ligamentelor utero-sacrate, fapt ce permite o ascensionare a uterului şi o evidenţiere mai bună a pediculilor subureterali, ascensionaţi şi ei prin tracţiunea exercitată pe uter. Cercetînd literatura se constată că acest artificiu tehnic a mai fost recomandat cu foarte mulţi ani înaintea lui Okabayasi de Villard şi apoi de Toupet, dar aceşti autori, fiind chirurgi generali, nu au insistat asupra artificiului tehnic nebătînd monedă din el, ca ginecologul japonez Okabayasi.

Tot ca tehnici derivate din tehnica iniţială a lui Wertheim trebuie considerate şi tehnicile de histerectomie totală lărgită, recomandate de *J. L. Faure* în Franţa, *Bonney* în Anglia, *Luros* în Grecia sau *Stanca* la noi.

A insista asupra tuturor acestor mici detalii tehnice nu am face decît să creăm dificultăţi cititorului în limpezirea problemelor.

C. Tehnici ce aparţin chirurgiei de teritoriu limfatic (chirurgie de organ, extinsă la ţesutul conjunctiv de vecinătate şi ganglionii limfatici tributari colului)

Principiul chirurgiei de sistem50 constă în extirparea, odată cu organul canceros, a ţesutului conjunctiv de vecinătate şi a ariei limfatice tributare.

Toate tehnicile propuse în cadrul chirurgiei de sistem au o notă comună: în afară de colpo-histerectomia lărgită, se practică de principiu limfadenectomia.

Ceea ce le diferenţiază şi totodată le dă o eficacitate diferită este exereză mai mult sau mai puţin întinsă a ţesutului conjunctiv şi a ariei limfatice, întindere ce variază de la tehnică la tehnică.

Eficacitatea acestei chirurgii de teritoriu limfatic nu s-a putut impune în trecut, deoarece s-a oscilat între intervenţii unde limfadenectomia era practicată de principiu, însă exagerat de lărgită (de exemplu: tehnicile lui Thoma Ionescu, Brenier ş.a.), fapt care a dus la desconsiderarea utilităţii evidării ganglionare, din cauza mortalităţii ridicate şi a sechelelor postoperatorii grave, sau intervenţii unde limfadenectomia era practicată de necesitate şi limitată la ganglionii palpabili care de multe ori aveau început procesul de periadenită canceroasă (de exemplu: atitudinea lui Wertheim sau Faure). Aceste intervenţii mai degrabă «răscoleau» aria ganglionară posibil invadată, decît să o extirpe corect.

Este necesară prezentarea critică a diferitelor atitudini privind necesitatea şi modul de executare a limfadenectomiei asociată colpo-histerectomiei lărgite.

Unii autori au respins ideea evidării ganglionare puse în discuţie pentru prima oară de Thoma Ionescu (1886), J. L. Faure afirmă (1908) că «evidarea pelviană completă, cu alte cuvinte operaţia care constă în evidarea ganglionilor şi a ţesutului celular al bazinului, este o operaţie imposibilă». Pentru acest motiv el recomandă histero-colpectomia lărgită, fără limfadenectomie.

Ulterior, Faure a revenit asupra acestui exclusivism, recomandînd, ca şi Wertheim, extirparea numai a ganglionilor palpabili sau vizibili, atitudine care este criticabilă.

Lecene (1910) susţinea că extirparea ganglionilor este un act «cu totul secundar» şi « nicidecum unul din scopurile esenţiale ale operaţiei». Atitudinea acestor autori cu mare prestigiu chirurgical în epoca respectivă (primele decade ale secolului), a reuşit să abată pentru un timp atenţia asupra necesităţii limfadenectomiei.

Limfadenectomia a fost respinsă pentru motivele:

a) Exista concepţia că propagarea se face întîi la parametre şi ulterior la ganglioni (concepţia diseminării din aproape în aproape). Deci, stadiile I şi II (stadii operabile) nu s-ar însoţi de adenopatie.

Am arătat că această concepţie este greşită şi studiul ganglionilor arată că aceştia sînt interesaţi într-un procent ridicat şi în stadiile zise « operabile» (stadiile I şi II).

50 Printre primii chirurgi din lume care au pledat pentru aplicarea chirurgiei de sistem tn cancerul uterin a fost chirurgul român Thoma Ionescu (1860—1926).

b) Procentul mare de mortalitate dat de asocierea exerezei ganglionare la histerectomia Wertheim a făcut pe chirurgii din această vreme să condamne operaţia.

Or, am arătat deja că astăzi cînd tehnicile limfadenohistero-colpectomiei sînt puse la punct, cînd s-au stabilit principiile drenajului corect şi mai ales cînd există posibilitatea combaterii şocului şi a infecţiei prin antibiotice, mortalitatea a fost redusă aproape la 0 % (statistica Institutelor Oncologice Bucureşti şi Cluj).

c) Al treilea argument adus de cei ce susţineau lăsarea pe loc a ganglionilor era că este imposibil din punct de vedere tehnic să se scoată toată reţeaua ganglionară a pelvisului. Deci exereză ganglionară fiind limitată, posibilitatea rămî- nerii unor ganglioni ar întuneca rezultatele limfadenectomiei. Beneficiul obţinut prin operaţie ar fi atît de mic în comparaţie cu « dezastrele» operaţiei, încît metoda trebuie părăsită. La acea dată ideea staţiilor ganglionare nu era încă bine precizată, socotindu-se necesară limfadenectomia totală a pelvisului, ca singur act terapeutic judicios.

Or, aceasta fiind imposibil de realizat tehnic în totalitatea ei, limfadenec- tomiile parţiale erau considerate inutile. Era un fel de concepţie « a totului sau nimic», « totul» neputîndu-se realiza, se opta pentru « nimic».

în ultimele două decenii, de cînd s-a arătat rolul pozitiv al stimulării imunităţii ca factor de oprire a diseminării canceroase, s-a reluat în discuţie rolul ganglionilor limfatici în oprirea diseminării canceroase («barajul ganglionar»). De aici, printr-o interpretare eronată, unii autori au vînturat ideea necesităţii lăsării pe loc a ganglionilor limfatici, pentru ca ei să capteze celulele canceroase migrate din colul cancerizat, exercitîndu-şi rolul de baraj protector.

Se uită însă un fapt dovedit experimental: ganglionul limfatic fagociteză la început celule canceroase captate, dar prin epuizarea funcţională a fagocitozei, ganglionul este invadat ulterior de celulele canceroase, născîndu-se metastaza. Deci ganglionii metastazaţi nu numai că nu mai sînt un « baraj protector», ci devin, din contră, focare neoplazice din care migrează celule canceroase ce vor genera alte metastaze la distanţă.

Cum nu avem la îndemînă o metodă clinică de apreciere a ganglionilor invadaţi faţă de cei indemni (pentru a extirpa selectiv numai ganglionii invadaţi), este preferabil să extirpăm aria ganglionară dovedită statistic că este invadată canceros (adică cu metastaze constituite în ganglionii total deficitari imunologic).

Limfografia, metodă în care s-au pus mari speranţe, are atît de multe deficienţe, încît nu ne putem baza exclusiv pe ea. în nici un caz microinvazia canceroasă ganglionară nu poate fi evidenţiată prin limfografie. Palparea directă a ganglionilor nu poate nici ea evidenţia microinvazia:

Radioterapia postoperatorie va steriliza celulele canceroase rămase izolat în vasele limfatice după efectuarea limfadenectomiei cu mult mai multă uşurinţă decît metastazele ganglionare constituite în mod compact şi lăsate neextirpate.

Acestea nu sînt concluzii teoretice, ci deducţii din practica oncologică.

Vom expune pe scurt tehnicile care s-au propus de-a lungul timpului pentru rezolvarea problemei pericolului ganglionar:

a) Tehnici ce asociază histero-colpectomiei lărgite extirparea ganglionilor, limitată la ganglionii palpabili. Unul din susţinătorii acestei idei este însuşi Wertheim. în lucrarea sa fundamentală publicată în 1911 (« Die abdominale Operation bei Carcinoma Colii Uteri», p. 163), Wertheim susţine următoarele:

« în ceea ce priveşte ganglionii limfatici regionali, rămînem şi acum ca şi mai înainte la punctul de vedere că aceştia trebuie eliminaţi numai atunci cînd sînt măriţi.

Din diferite părţi s-a luptat împotriva acestui punct de vedere (Makenrodt).

în ceea ce priveşte părerea unei evidări principial complete a întregului sistem limfatic regional, trebuie să constatăm că o asemenea evidare nu este deloc posibilă şi apoi deloc necesară în toate cazurile. Ba chiar admiţînd că uneori pot fi găsite metastaze în ganglionii mici cît un bob de mazăre, totuşi este sigur că în micii ganglioni lunguieţi fuziformi (cum apar ganglionii în mod normal) nu se găseşte niciodată ţesut tumoral. Dar ca să fim siguri că ganglionii limfatici regionali nu sînt deloc sau nu sînt evident măriţi, nu e suficientă simpla palpare a regiunii în chestiune.

Este neapărat necesar să deschidem peritoneul în dreptul lor şi să descoperim vasele, încît să putem palpa între ele şi sub ele, să decolăm în aşa fel ţesutul conjunctiv astfel încît să-1 putem palpa între degete: numai aşa putem evita să ne scape ganglionii limfatici ce pot trece neobservaţi».

Atitudinea propusă de Wertheim şi adoptată ulterior de foarte mulţi chirurgi (de ex. Martius) este criticabilă.

a) Este principial greşit să cauţi exereză numai a ganglionilor hipertrofiaţi şi suspecţi de cancer. Niciodată nu se vor putea explora corect grupele ganglionare prin simplă palpare.

b) S-a dovedit că nu există un paralelism între hipertrofia ganglionilor şi cancerizarea lor. Pot exista ganglioni mici şi cancerizaţi.

Nu există criterii macroscopice palpatorii sigure de a aprecia invadarea sau metastazarea în ganglionii cercetaţi. Examenele microscopice arată de foarte multe ori cuiburi neoplazice în ganglionii mici şi chiar în capilarele limfatice aflate în ţesutul conjunctiv dintre ganglioni, ţesut ce la palpare nu are nici un caracter care ar trezi suspiciunea. Aceşti ganglioni mici nepalpabili, dar canceri- zaţi, rămaşi pe loc, ar continua să crească după operaţie, asigurînd recidiva.

b) Tehnici ce asociază histero-colpectomiei lărgite limfadenectomia limitată numai la scoaterea « ganglionului principal». Susţinătorul acestui punct de vedere a fost Leveuf şi toţi chirurgii din şcoala sa (Godard). Acest autor pleca de la ideea că prima staţie ganglionară este totdeauna ganglionul obturator («ganglionul principal»). Iniţial el preconiza o histerectomie largă şi exereză ţesutului limfoganglionar dintre vena iliacă externă şi nervul obturator.

Operaţia este uşor de suportat de bolnave, dar o considerăm ineficientă, fiindcă premisa « ganglionul principal» este o premisă falsă.

Am arătat (vezi capitolul: Noţiuni de anatomie oncologică) că proporţia în care este invadat ganglionul obturator nu justifică a-1 intitula ganglionul principal. Cuneo şi Marcille, Lazaro, Taussig arată că ganglionii care sînt interesaţi cel mai des sînt situaţi pe artera iliacă externă, aproape de joncţiunea cu hipogastrica. Deci nu se poate vorbi de « ganglionul principal» şi nici de « ganglionii principali», ci de grupe ganglionare principale. Aşadar operaţia propusă de Leveuf şi care a făcut extrem de mare vîlvă (şi astăzi figurează în unele tratate de chirurgie acest tip de operaţie) este ineficace, deoarece lasă pe loc alţi ganglioni invadaţi, poate « mai principali» decît ganglionul obturator.

c)Tehnici prin care se extirpă întregul sistem limfoganglionar al pelvisului, lăsind pe Ioc uterul şi ţesutul conjunctiv pelvian, procesul canceros cervico-para- metral fiind sterilizat prin radioterapie preoperatorie. Taussig, încurajat de succesele obţinute prin radioterapia cancerului colului uterin (radioterapie locală asociată cu roentgenterapia externă), propune să se renunţe la operaţia Wertheim (operaţie şocantă, ce duce la extirparea ţesutului conjunctiv pelvian, ţesut ce poate fi sterilizat oncologic prin radioterapie), care să fie înlocuită cu limfadenectomia lărgită a pelvisului pe cale transperitoneală, uterul şi ţesutul conjunctiv pelvian iradiate rămînînd pe loc (fig. 608 C). Atitudinea ar fi asemănătoare cu aceea practicată actualmente în cancerul buzei inferioare, unde, după vindecarea leziunii prin radioterapie se asociază evidarea ganglionară submaxilară şi late- rocervicală.

Autorul afirmă că procedînd în acest mod (pe 1 000 de cazuri) a ridicat proporţia vindecărilor de peste 5 ani cu 35 % în plus faţă de rezultatele obţinute prin radioterapia singură.

Lurie, considerînd metoda interesantă, o aplică şi el, fără a publica rezultatele în timp.

Semnalăm că Santy şi M. Dargent (1950) folosesc o variantă a acestei atitudini recomandînd ca după iradiere să se facă o limfadenectomie largă a bazinului, asociată histerectomiei totale simple. Autorii renunţă la scoatarea parametrelor sterilizate de radiu pentru a nu expune ureterele la fistule sau stenoze postoperatorii.

Critica metodei Taussig constă în aceea că radioterapia nu reuşeşte totdeauna să sterilizeze leziunea colului şi infiltraţia parametrelor, procesul canceros continuînd să evolueze în aceste cazuri (aproximativ 10%).

Nu descriem în mod separat tehnica limfadenectomiei pelvisului, deoarece ea este identică cu timpul ganglionar al limfadeno-histero-colpectomiei, sau cu limfadenectomia pelvisului pe cale extraperitoneală, tehnici descrise pe larg mai departe.

d)Tehnici prin care se extirpă întregul ţesut limfoganglionar al pelvisului (cu cele trei staţii), impreună cu tot ţesutul conjunctiv pelvian51 in bloc cu anexele — uterul şi vaginul.

1. *Histerocolpectomia extinsă tip Thoma Ionescu* (1896). Reprezentantul şi promotorul acestei metode a fost Thoma Ionescu (1896), care are meritul de a fi susţinut printre primii în lume, cu autoritate, necesitatea limfadenectomiei de principiu şi nu de necesitate, asociată histerocolpectomiei lărgite.

Iată pe ce fapte îşi baza Thoma Ionescu principiul operaţiei sale. Cercetările făcute în clinica sa de A. Jianu, Brukner şi Mezincescu (1910) pe piesele operatoare au arătat că:

a) invadarea ganglionară este frecvent întîlnită (61,5% din cazuri, fără să fie precizat stadiul clinic al cazurilor);

b) ganglionii pot fi prinşi chiar în cancerele limitate la col, fără nici o invadare microscopică a parametrelor;

c)invadarea canceroasă a parametrelor nu implică invadarea neoplazică a ganglionilor;

d) volumul ganglionilor nu este in raport direct cu invadarea neoplazică;

e) nu există etape fixe în propagarea neoplasmului la ganglioni. Pot fi prinşi ganglionii situaţi la mare distanţă (ganglioni promontorieni, iliaci primitivi etc.) în timp ce ganglionii apropiaţi (iliaci externi, ganglionii de la bifurcarea iliacei) sînt indemni. Nu se specifică însă faptul că aceste grupe îndepărtate sînt foarte rar prinse primitiv;

f) sediul, întinderea şi forma clinică a cancerului de col nu au nici o legătură directă cu invadarea ganglionilor limfatici. Neoplasme mici pot prezenta adenopatia canceroasă, pe cînd cancere mari pot avea ganglioni indemni.

Pe baza acestor constatări, Thoma Ionescu preconizează în 1896 «histerectomia abdominală lărgită cu evidarea iliolombo-pelviană», extirpîndu-se odată cu uterul toate grupele ganglionare şi tot ţesutul conjunctiv al pelvisului de la aortă în jos (fig. 608 D). Pentru a evita hemoragiile mari, T. Ionescu practica ligatura sistematică a arterelor hipogastrice.

Thoma Ionescu avea o mortalitate iniţial de 40% prin aplicarea acestei operaţii, pe care a redus-o ulterior la 25%.

Sechelele postoperatoare erau de foarte multe ori grave, încît se creau veritabili infirmi (fistule vezicale sau ureterele, stenoze ureterale, denervări ale vezicii urinare urmate de retenţii cronice de urină etc.)., motive pentru care operaţia lui Thoma Ionescu nu a fost adoptată de lumea chirurgicală a epocii.

Principiile operaţiei lui T. Ionescu au fost reluate în zilele noastre de diferiţi autori, care bineînţeles uită pe precursorul lor, T. Ionescu, care, înaintea lui Wertheim preconizează operaţia din care astăzi derivă toate tehnicile operatorii de histerectomii considerate cu adevărat radicale, ca de exemplu:

2. *Histero-colpectomia extinsă — tip Meigs* (1944). Meigs propune în 1944 o tehnică foarte apropiată de a lui Thoma Ionescu (1897) (Henri Robert denu- menşte operaţia lui Meigs ca fiind «la perfection raisonn£e»).

3. *Histero-colpectomiile extinse tip Magendie şi Brenier* (1951). In Franţa, Magendie J. popularizează tehnica lui Meigs, aducîndu-i unele modificări tehnice.

în 1951 Brenier în Franţa publică o tehnică denumită de el limfadeno- histero-colpectomie, care şi ea este o repetare a operaţiei Thoma Ionescu.

4. *Histero-colpectomia extinsă tip Brunschwig* (1955). In 1955 chirurgu) american A. Brunschwig reia tehnica lui Thoma Ionescu (fără să-1 amintească! la care adaugă în plus extirparea ţesutului conjunctiv pelvian In bloc cu artera şi vena hipogastrică, în plagă apărînd rădăcinile nervului sciatic (timp inutil şi periculos după experienţa noastră; dealtfel şi Henri Robert denumeşte operaţia lui Brunschwig: g Ies voies dangereuses»).

Histerectomia superlărgită propusă de A. Brunschwig are următoarele caracteristici:

1.Extirpă uterul şi vaginul (2/3 superioare), fapt ce creează un vagin nefuncţional (prea scurt).

2.Extirpă în totalitate ţesutul conjunctiv pelvian din fosele obturatoare, apărînd în plagă muşchii obturatori interni, extirpînd şi porţiunea profundă a pediculului subureteral, mergînd cu extirparea conjunctivului pînă la muşchii ridicători anali ce apar şi ei evident în plagă.

Extirparea în totalitate a ţesutului conjunctiv pelvian este foarte periculoasă şi inutilă după experienţa noastră.

Extirpînd şi 1/3 externă a pediculului subureteral extirpă şi nervii vezicii urinare, cu grave schele postoperatorii (retenţie de urină prin imposibilitatea contractării detrusorului vezicii). De asemenea dispare şi suportul conjunctiv necesar pentru menţinerea troficii ureterului (aşa se explică gravele complicaţii postoperatorii în tehnica Brunschwig Şjpe 181 cazuri 10 rinichi pierduţi prin

51 Aceste tehnici au fost denumite convenţional de noi histerectomii radicale pentru a le deosebi de histerectomiile lărgite tip Wertheim care pe lîngă uter şi vagin extirpă larg ţesutul conjunctiv pelvian, lăsînd pe loc ganglionii.

hidro- nefroze poststenoze ureterale şi 22 fistule ureterale). Ligamentele utero-sacrate: «vor fi secţionate cît mai posterior posibil», f apt care este o mare greşeală după noi, atît o greşeală anatomo-fiziologică cît şi oncologică; greşeala anatomo-fizio- logică este că procedînd cum indică Brunschwig (vezi citatul autorului reprodus mai sus) vom rezeca în totalitate plexul nervos hipogastric inferior (ganglionii nervoşi Lee-Frankenhauser) fapt ce va accentua în plus denervarea vezicii (retenţii) şi a ampulei rectale (constipaţii rebele postoperatorii). Henri Robert, studiind tulburările urinare tardive (Annale de Chir., 1960,14; 377) ajunge la concluzia gravităţii excepţionale a acestor denervări vezicale afirmînd: «urologii de prestigiu condamnă practicarea izolării ureterelor («telefonarea» ureterelor, n.n.), ajungerea la pelvisuri «îngheţate», pietrificate (prin ţesutul cicatriceal ce ocupă spaţiul pelvian din care s-a extirpat în întregime ţesutul conjunctiv, n.n.), temîndu-se că operatele nu mor vindecate de cancerul lor, ci mor prin anurie, datorită buneivoinţe a chirurgilor» (care extirpă în exces ţesutul conjunctiv pelvian, n.n.).

Citǎm altă afirmaţie a lui H. Robert: « Enervarea vezicală este cauza tulburărilor (urinare n.n.). Anestezia vezicală, paralizia motorie şi pierderea elasticităţii fibrelor vezicale . . . dau tulburări constante dar tranzitorii. Totuşi tulburările vezicale . . . rămîn definitive şi ireversibile, în cazurile unde enervarea anatomică a fost mai extinsă».

Iată deci clar expuse consecinţele acestui exces de chirurgical izare a histerectomiilor lărgite. Aceleaşi critici aduse odinioară operaţiei lui Thoma Ionescu pot fi aduse azi şi operaţiei Brunschwig.

Ligamentele utero-sacrate nu sînt o cale principală a extinderii neoplazice, calea principală de extensiune neoplazică fiind ligamentele laterale Mackenrodt. De ce atunci trebuie scoase în întregime, pînă la sacru?

Extirparea ţesutului conjunctiv pînă la planşeul pelvisului este inutilă, fiindcă în această zonă (din vecinătatea planşeului muşchilor ridicători anali), nu difuzează procesul canceros de la col în stadiile operabile (I şi II).

3. Disecţia ganglionilor limfatici începe de la terminarea aortei (bifurcaţia) (staţia a IlI-a ganglionară) şi merge în jos şi anterior pe pereţii pelvisului pînă la arcada femurală (ca şi în tehnica lui Thoma Ionescu).

4. Elementul nou al tehnicii Brunschwig faţă de tehnica lui T. Ionescu este extirparea în întregime a arterelor şi venelor hipogastrice.

Citǎm din tehnica descrisă de Brunschwig: «Artera (hipogastrică n.n.) este izolată aproape de origine, legată şi secţionată . . . Ramurile arterelor fesiere, care sînt puse în tensiune sînt legate individual . . . Sub arteră, marea venă hipogastrică al cărei perete este subţire, este legată şi secţionată aproape de joncţiunea sa cu vena iliacă externă. Segmentul distal al venei hipogastrice este tras înainte, ceea ce permite a se izola venele fesiere, care se angajează posterior între rădăcinile nervului sciatic. Ele sînt pensate, secţionate şi legate. Trebuie procedat cu mare grijă din cauza posibilităţii ruperii acestor vene. Dacă acest accident grav apare, venele se retractă în spatele marilor trunchiuri nervoase, unde este foarte dificil, dacă nu imposibil să le pensăm».

Pentru combaterea hemoragiei, Brunschwig recomandă tamponarea puternică cu meşe, exteriorizate prin vagin.

5. După extirparea vaselor hipogastrice în plagă apar foarte evident toate rădăcinile plexului lombo-sacrat care vor forma nervul sciatic.

6. Extirpă larg peritoneul pelvian (ca şi în tehnica Thoma ionescu) încît nu mai peritonizează la sfîrşitul operaţiei (T. Ionescu peritoniza cu sigmoidul).

7. Ureterele rămîn denudate pe o mare întindere (porţiunea lor pelviană), ca şi în tehnica T. Ionescu, dar acoperite, în tehnica Brunschwig, cu o fîşie de seroasă peritoneală păstrată intenţionat (în tehnica T. Ionescu ureterele rămîneau în învelişul protector al capsulei ureterale Waldeyer şi al ţesutului conjunctiv periureteral).

Brunschwig nu asociază radioterapia (pre- sau postoperatorie) actului chirurgical. El declară textual: «Radium? Niciodată!». Meigs şi Magara de asemenea nu iradiază. Am reprodus pe larg tehnica lui Brunschwig (1951) pentru a arăta identitatea principiilor pe care se bazează cu tehnica lui Thoma Ionescu (1896).

5. *Histero-colpectomiile extinse tip Huguier* (1958) *şi Magara* (1964). în 1958 Huguier, Cerbonnet şi Scaii descriu o tehnică de histerectomie totală cu celulectomia totală a pelvisului, pe care H. Robert o denumeşte «la Quete de l'absolu», iar în 1964 japonezul Magara descrie o tehnică pe care H. Robert

0 denumeşte «le triomphe de la precision ».

La o analiză atentă, toate aceste tehnici nu sînt altceva decît mici modificări ale tehnicii Thoma Ionescu, adevăratul precursor al chirurgiei radicale a uterului canceros, care a întrevăzut drumul just pe care trebuie să se dezvolte chirurgia modernă a cancerului (chirurgie de sistem, de teritoriu limfatic) încă din 1896.

Obiecţiunile personale pe care le pot aduce tuturor acestor tehnici hiper- lărgite (Meigs, Brunschwig, Magara, Huguier şi Cerbonnet ş.a.) sînt că repetă erorile comise de Thoma Ionescu: extirparea în totalitate a ţesutului conjunctiv pelvian şi extirparea excesivă a unor grupe ganglionare limfatice (staţia a IlI-a: ganglionii aortico-cavi) care sînt rareori invadaţi neoplazic în stadiile operabile

1 şi II.

e) Tehnici prin care se extirpă raţionai şi eclectic atit ţesutul limfoganglionar, cit şi ţesutul conjunctiv pelvian, in bloc cu anexele, uterul şi vaginul, datorită protecţiei radioterapiei.

Limfadeno-histero-colpectomia lărgită (tehnica Petroşanu, Chiricuţă, Trestioreanu, Mudric, 1956). După cum am văzut, tehnicile de colpohis- terectomii extinse expuse anterior (Thoma Ionescu, Meigs, Magendie, Brenier, Brunschwig, Huguier şi Magara) au o caracteristică comună: exereză excesivă a formaţiilor anatomice prin care se poate extinde procesul canceros.

Toate aceste tehnici extirpă pe lîngă uterul canceros şi anexe, cel puţin jumătatea superioară a vaginului (Brunschwig rezeca 2/3 superioare), întreg ţesutul conjunctiv pelvian, pediculul supra- şi subureteral (ligamentele Macken- rodt); ligamentele utero-sacrate, ţesutul conjunctiv lateral, pînă la pereţii pelvieni şi în jos pînă la planşeul muşchilor ridicători anali (de cele mai multe ori cu nervii vezicii cu tot), întreg sistemul limfatic ganglionar al pelvisului (cu toate cele 3 staţii limfatice ganglionare) de la aortă şi cavă în jos (ganglionii paraaortico- cavi, promontorieni şi pararectali, iliaci primitivi, iliaci externi, hipogastrici şi retrocrurali), denudînd ureterele, ce vor rămîne suspendate ca nişte fire telefonice. Am văzut sechelele urologice grave la care sînt expuse aceste bolnave: paralizia sau atonia vezicii urinare urmată de infecţii urinare grave sau fistule şi stenoze uretererale ce duc în final la compromiterea rinichiului (rinichi mut). O gravă complicaţie este şi apariţia pelvisului îngheţat, adică un pelvis ocupat în totalitate de un bloc cicatriceal dur, uriaş. De asemenea vaginul rămas atît de scurtat (1/3 inferioară) devenea practic inutilizabil.

Cum se explică acest abuz anatomic de exereză lărgită care tulbură profund fiziologiă pelvisului ?

Explicaţia este că aceşti autori neapreciind avantajele uriaşe ale radioterapiei (ignorîn- du-le chiar), au fost nevoiţi să extirpe excesiv de abuziv toate formaţiile anatomice care pot fi invadate canceros, sperînd că prin aceasta pot îndepărta în totalitate cancerul.

Am reprodus declaraţia lui Brunschwig: « Radium ? Jamais!». Teama de a asocia radioterapia cu chirurgia venea probabil de acolo că ginecologii şi chirurgii activau în clinicile lor, separate de centrele de radioterapia cancerului. Poate a influenţat şi faptul că radioterapia cancerului de col uterin a parcurs şi ea un drum spinos şi plin de riscuri. Iniţial (perioada 1925—- 1945) cînd iradierile erau excesive, se produceau uneori fistule rădice vezico-vaginale sau recto- vaginale sau radionecroze dureroase, urmate de stenoze ureterale sau radiodistrofii vezicale (cistita rădică) sau rectale (rectita rădică), complicate cu dureri insuportabile, hemoragii şi infecţii redutabile.

Aceste complicaţii datorite aplicaţiilor intracavitare excesive de radium se asociau cu ineficienţa roentgenterapiei externe a pelvisului; aceste radiaţii emanate de aparate de roentgen- terapie, avînd o putere redusă de penetrare (250 KV) erau oprite în cea mai mare cantitate de tegumente, determinînd radionecroze cutanate severe, deseori intratabile; în schimb erau lipsite de eficienţă în profunzimea pelvisului, aşa că era foarte greu, dacă nu imposibil să concentrezi în ganglionii limfatici pelvieni o doză tumoricidă de radiaţii.

Odată cu perfecţionarea tehnicilor de aplicare endocavitară a rudiumului sau alte surse radioactive (surse închise de izotopi radioactivi: cobalt, cesiu, ytriu etc.), apariţia colpostatelor, a aparatelor « after loading» cu telecomandă, odată cu perfecţionarea tehnicilor de dozimetrie, ajungîndu-se la calcularea perfectă a curbelor de izodoze, încît se ştie exact azi, doza de radiaţii administrată în fiecare punct anatomic al pelvisului şi în sfîrşit odată cu apariţia aparatelor cu înalte energii (megavoltaj) cum ar fi bomba de cobalt cu o încărcătură de 6000 mCi (mîlicurie) sau acceleratoarele lineare de 20—25 MeV(megaelectroni volţi), cu o putere excepţională de penetrare în ţesuturi, problema radioterapiei cancerului colului uterin s-a tehnicizat într-atîta, încît succesele sînt maximal asigurate, iar insuccesele sînt minimale. Doza de sterilizare a procesului canceros prin radiaţii (cca 6000 r) poate fi atinsă astăzi în mod matematic în orice punct al pelvisului (vezi fig. 565 şi 566), fără riscul complicaţiilor redutabile din trecut.

Dar ţesutul canceros are curiozităţile lui biologice. De exemplu, la nivelul colului unde ţesutul canceros (prezent în mod compact) primeşte o doză uriaşă (20 000—30 000 r) de radiaţii (vezi fig. 565), în aproximativ 10% din cazuri procesul canceros nu poate fi distrus în totalitate; rămîn mici insule de celule radiorezistente care încep să evolueze după ani de zile, asi- gurînd recidive.

Acelaşi fenomen se poate întîmpla şi în căile de propagare a cancerului de col, adică în parametre sau ganglionii pelvisului, posibil sau sigur invadaţi canceros. în parametre insuccesele sînt mai rar întîlnite datorită faptului că există un abundent ţesut conjunctiv lax, bine vascularizat, iar masa neoplazică nu este atît de compactă, ci diseminată difuz.

Dacă un vas (capilar) limfatic trombozat cu celule canceroase sau un ganglion mic canceros poate fi cu siguranţă (sau aproape sigur) sterilizat prin procedeele moderne de radioterapie, un ganglion canceros de mare volum, unde condiţiile circulatorii în masa compactă neoplazică sînt deficitare, va fi mai greu sau chiar imposibil de sterilizat prin radioterapie. Aceste mase tumorale vor putea fi însă extirpate chirurgical. Acum superioritatea calitativă a tratamentului asociat radiochirurgical devine simplu de înţeles. Sub protecţia unei iradieri corecte a pelvisului, ne permitem să practicăm limfadeno-histero-colpectomia cu o exereză mai puţin exagerată a ţesuturilor pelvisului, menajînd acele formaţii anatomice indispensabile unei bune fiziologii a organelor pelvisului şi care din fericire nu sînt o cale principală de difuziune a cancerului (de exemplu, porţiunea externă a pediculilor subureterali), extirpînd larg formaţiuni anatomice în care pot rămîne cuiburi de celule canceroase nesterilizate de radioterapia efectuată şi care statistic se dovedesc a fi posibile sedii ale unor recidive (de ex. colul cancerizat şi ganglionii staţiei I şi a Il-a limfatice). Aceasta a fost gîndirea care a stat la baza elaborării tehnicii limfadeno-histero-colpectomiei lărgite (1954 — 1957)* de echipa de chirurgi a Institutului Oncologic Bucureşti (Petroşanu, Chiricuţă, Trestioreanu, Mudric) care a colaborat strîns şi armonios cu echipa de radiologi ai aceluiaşi institut (Dragon V., Popovici O., Spiridon M, Bunescu U ş.a.), ajungîndu-se la o metodă terapeutică care poate asigura vindecarea prin minimum posibil de mutilare anatomică (fig. 608 E).

Ulterior această tehnică s-a ameliorat prin practica zilnică din Institutele Oncologice din Bucureşti şi Cluj, astăzi existînd o experienţă acumulată pe cîteva mii de cazuri operate astfel, cu rezultate excepţionale în timp, cu o mortalitate aproape redusă la 0% şi cu sechele practic inexistente (vezi datele statistice).

Limfadeno-histero-colpectomia lărgită este de fapt o adaptare a operaţiei propusă de Thoma Ionescu în 1896 (histerectomia abdominală lărgită cu evidare ilio-lombo-pelviană) la evoluţia actuală a ideilor asupra biologiei cancerului uterin (radiosensibilitatea) şi asupra modului de propagare în pelvis (şi organism) a acestei boli, existînd căi principale şi căi secundare de diseminare precum şi staţii ganglionare cu importanţă diferită; ea ţine seama şi de formaţiile anatomice nervoase ce asigură o fiziologie normală micţiunii, ca şi de trofica ureterelor. De asemenea, această operaţie ia în considerare şi marile avantaje ale radioterapiei în obţinerea vindecărilor.

Ea este o tehnică care împinge radicalismul anatomic (exereză chirurgicală) la maximum permis de fiziologia organelor pelviene (uretere, vezică, rect). Dacă pe vremea lui Thoma Ionescu era permis abuzul de exereză, împingîndu-se mutilarea anatomică la maximum posibil, sacrificînd fiziologia, necunoscută bine în acea epocă, astăzi optica s-a schimbat, căutînd să se împace radicalismul anatomic cu fiziologia pelvisului, nediminuînd cu nimic, ba chiar amplificînd şansele de vindecare a bolii de bază: cancerul.

Principiile operaţiei şi eficienţa ei. Tehnica limfadeno- histero-colpectomiei lărgite se bazează pe principiile chirurgiei de sistem.

Ea extirpă larg şi în bloc organul cancerizat: colul uterin în bloc cu uter — anexe şi o porţiune din vagin (1/2—1/3 superioară); ţesutul conjunctiv pelvian din vecinătatea colului canceros şi ganglionii limfatici ai pelvisului posibil invadaţi.

Există diferenţe esenţiale între celelalte tehnici de histerectomii lărgite cu limfadenectomii pelviene (T. Ionescu, Meigs, Brunschwig, Magara etc.) şi tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite practicate de noi.

Care sînt aceste diferenţe?

I In acea epocă radioterapia externă la noi se mărginea la iradierea convenţională cu 200—300 KV, energiile înalte apărînd mai tîrziu. Raţionamentele pe care se bazează această operaţie (L.H.C.) au rămas valabile şi în noile condiţii de iradiere.

1. *Diferenţe în ce priveşte extirparea ganglionilor limfatici pelvieni.* Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite înlocuieşte extirparea întregii reţele limfatice a pelvisului (toate cele 3 staţii limfatice) prin extirparea numai a staţiilor limfatice ganglionare I şi parţial a Il-a, adică: extirpăm ganglionii retrocrurali, ai arterei uterine (parametriali), iliaci externi, ai fosei

obturatoare, hipogastrici şi iliaci primitivi; numai aceste grupe ganglionare, care de altfel sînt cele mai frecvent invadate, în stadiile operabile (I şi II) pot fi extirpate radical, fiind relativ uşor abordabile, ganglionii fiind strînşi anatomic la un loc şi nu dispersaţi.

Grupele posterioare (ganglionii pararectali, promontorieni, parasacraţi şi aortico-cavi) nu pot fi extirpate în totalitate, ganglionii fiind prea disperasaţi anatomic şi mult mai greu accesibili exerezei. Aceste grupe posterioare sînt invadate tardiv (după invadarea grupelor anterioare), cînd procesul canceros este atît de extins în parametre, încît practic devine inoperabil radical.

Citǎm spre exemplu statistica lui Brunschwig şi Daniel (1962) asupra invaziei canceroase ganglionare (efectuată pe cazuri operate fără iradiere).

Ganglioni invadaţi	Nr. cazurilor
Ganglionii parametriali (aiuterine) arterei	19
Ganglionii obturatori	20
Ganglionii iliaci externi	17
Ganglionii hipogastrici	15
Ganglionii iliaci primitivi	12
Ganglionii promontorieni	7
Ganglionii periaortici	5

Rezultă că ganglionii pe care-i extirpăm noi (ganglionii parametriali, retrocrurali, obturatori, iliaci externi hipogastrici, iliaci primitivi) şi care aparţin staţiilor I şi a Il-a au fost găsiţi invadaţi de 83 de ori iar ganglionii staţiei a IlI-a (promontorieni şi periaortici) au fost invadaţi canceros numai de 12 ori.

Se ştie însă că Brunschwig opera şi stadiile III, şi nu este exclus ca tocmai în aceste cazuri să fi fost găsită invazia staţiei a IlI-a limfatice (ganglionii para- aortici).

Henri Robert (1969), referindu-se la această problemă afirmă: «Pe 272 limfadenectomii, majoritatea ganglionilor invadaţi erau din grupul iliac extern şi obturator; uneori au fost găsiţi invadaţi ganglionii hipogastrici, o singură dată au fost găsiţi invadaţi ganglionii promontorieni şi nu în mod excepţional am găsit şi ganglionii retrocrurali».

Tot Brunschwig (1954) într-un alt studiu mai vechi asupra aceleiaşi probleme dă următoarea statistică:

Ganglioni invadaţi	Dreapta	Stingă	TOTAL
Lanţ iliac primitiv	3	3	6
Lan(iliac extern	13	15	28
Lanţ hipogastric	5	6	11
Lanţ obturator	14	9	23
Ganglionii din parametre	16	13	29
Ganglionii bifurcaţiei aortei	—	5	5

Chiar dacă aceste statistici nu dau o situaţie absolut reală* (deoarece nu prezintă constelaţia adenopatiilor fiecărui caz în parte), totuşi ele arată un fapt de necontestat:

— analizînd aceste date rezultă că din numărul total de 73 de ganglioni invadaţi canceros, 62 (85%) aparţineau staţiei I limfatică (grupe ganglionare anterioare), 11 aparţineau staţiilor a Il-a şi a IlI-a limfatice (grupe ganglionare posterioare). Dintre aceştia din urmă, mai mult de jumătate (6 cazuri) erau ganglioni iliaci primitivi, adică aparţineau acelei părţi din staţia a Il-a limfatică care se extirpă prin tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite, odată cu ganglionii staţiei I limfatice.

Presupunînd că toate aceste bolnave din statistica lui Brunschwig s-ar fi operat după tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite preconizată de noi, adenopatiile canceroase ar fi fost extirpate într-o proporţie de 94,6%.

Toate aceste argumentări statistice sînt făcute cu scopul de a demonstra eficienţa tehnicii limfadeno-histero-colpectomiei lărgite în ce priveşte posibilităţile de extirpare a ganglionilor invadaţi neoplazic în stadiile operabile (I şi II) ale cancerului colului. Tehnica noastră este cu mult mai puţin delabrantă în comparaţie cu aceea practicată de Brunschwig, cu toate că eficienţa limfadenectomiei este aproape egală în ambele tehnici.

Grupele ganglionare posterioare (staţiile a Il-a şi a IlI-a), în afară de ganglionii iliaci primitivi, sînt risipite pe peretele posterior al pelvisului, între alte formaţiuni anatomice (rect, aortă, cavă etc.) motiv pentru care nu pot fi uşor abordate chirurgical şi deci nu pot fi extirpate radical (în bloc) din punct de vedere tehnic. A încerca extirparea în aceeaşi şedinţă operatoare a tuturor staţiilor limfatice ale pelvisului înseamnă a recurge la decolări întinse, care măresc şocul operator, ca şi posibilităţile de hemoragie intraoperatorie sau infecţie postoperatorie. De asemenea a încerca extirparea ganglionilor promontorieni, parasacraţi şi lombo-aortici înseamnă a decola ureterele pe distanţe mult mai mari, decît cele permise de biologia lor, mărind riscul stenozelor şi fistulelor prin necroză ureterală.

Există deci o limită a limfadenectomiei eficiente: dacă pentru staţiile I şi parţial a II-a ganglionare, avem şansa că sînt cantonate compact în teritorii anatomice uşor accesibile chirurgical unde se poate practica o limfadenectomie radicală, pentru staţia

a IlI-a (şi parţial a II-a: ganglionii pararectali şi promontorieni) situaţia se schimbă. Dispersia anatomică largă a ganglionilor, profunzimea lor topografică nu mai permit o exereză anatomică radicală şi eficientă. Se scot unii ganglioni şi rămîn alţii pe loc. In plus nu se ştie dacă invazia neoplazică ganglionară nu a mers ascendent pînă în torace sau chiar mai sus (am avut cancere de col în stadii înaintate unde se palpau ganglionii canceroşi supraclaviculari stîngi).

Forgue a afirmat odinioară că «limita operabilităţii cancerelor de sin este clavicula», referindu-se la invazia ganglionilor supraclaviculari; parafrazînd putem afirma că « pentru cancerele uterine limita operabilităţii este promontoriul». Or, în tehnica limfadeno-histero- colpectomiei lărgite exereză ganglionară pelviană este împinsă pînă la bifurcarea aortei (originea arterelor iliace primitive); dacă am fi împins mai sus limfadenectomia am fi mărit apreciabil riscul vital imediat şi nu sîntem deloc convinşi că am fi ameliorat cu ceva în plus prognosticul oncologic îndepărtat.

Trebuie avut în vedere că inoperabilitatea radicală nu ţine numai de dispersia limfatică ascendentă. Inoperabilitatea ţine şi de extensia cancerului în bazin: invazia totală a parametrelor sau invazia rectului şi vezicii. De obicei cancerele inoperabile (stadiile III şi IV) au prins ganglionii grupelor posterioare şi oricît de radical am încerca noi extirparea ganglionilor paraaortici, situaţia e pierdută deja prin extensia masivă pelviană.

Acestea sînt deci motivele pentru care, în tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite pe care o practicăm hi stadiile I şi II ale boiii nu se extirpă decît staţia I limfatică şi parţial a II-a.

■ La Congresul Mondial de" Oncologie—Buenos Aires, oct. 1978, Averette (SUA) a susţinut că metastazarea ta ganglionii paraaortici este mult mai frecventă: 5% ta stadiul Ib şi 25% In stadiul 11b (verificare intraoperatorie).

Dacă în timpul operaţiei se constată prezenţa vreunor ganglioni latero-aortici sau para- rectali măriţi (palparea atentă a acestor regiuni anatomice fiind obligatorie), aceştia se vor scoate în mod izolat, prin incizii practicate în peritoneul posterior, pentru a fi examinaţi histopatologic. Constatarea invadării lor canceroase modifică în sens negativ şansele unui prognostic favorabil şi trebuie atrasă atenţia radioterapeutului pentru a fi iradiată postoperator şi regiunea în care au fost găsiţi aceşti ganglioni şi care va fi marcată cu clipsuri metalice, pentru a putea fi reperată radiografie şi iradiată ţintit. 52

Referitor la eficienţa limfadenectomiei putem afirma că toate bolnavele cu ganglioni invadaţi ar fi decedat în primii 5 ani dacă nu li se practica limfadenectomia. Statistica de mai jos (după Chiricuţă-Rişcă, 1972) arată eficienţa extirpărilor ganglionare.

Tabel

Supravieţuirea la 5 ani după limfadenectomie a cazurilor de cancer al colului uterin cu metastaze ganglionare

Autorul	Nr. bolnavelor cu metastaze ganglionare	Supravieţuirea la 5 ani (%)
Brunschwig şi Daniel, 1958	99	26,0
London şi Dunn, 1965	12	50,0 (St. I—II)
Huguier şi Cerbonnet, 1967	—	30,0 (St.I—II-III)
Kolstad, 1968	—	50,0 (St. I B)
Burch şi Chalfant, 1970	37	51,6 (St. I—11)
Dargent, M(cit. de Wolff, 1968)	—.	24,0
Institutul Gustave-Roussy (cit. de Sarazzin, 1970)		33,0 (St. I)
Meigs (cit. de H. Robert, 1969)	B	35,0

Majoritatea autorilor citaţi (Brunschwig, Huguier, Meigs) s-au bazat numai pe exereză chirurgicală neapelînd la radioterapie pre- sau postoperatorie.

Este evident că radioterapia poate steriliza ganglionii cancerizaţi de mici dimensiuni şi celulele neoplazice dispersate, în reţeaua capilarelor limfatice pelviene.

La Institutul Oncologic Cluj-Napoca au fost urmărite 50 cazuri în stadiile clinice I şi II, care au fost găsite cu ganglioni invadaţi canceros. Supravieţuirea la 5 ani a fost de 19,1% cînd tratamentul a fost exclusiv chirurgical şi de 32 % cînd după extirparea uterului şi ganglionilor cancerizaţi s-a efectuat în plus şi iradierea zonelor ganglionare.

Statistica noastră (ca şi a altor autori citaţi) se referă la cazuri iradiate cu radioterapia convenţională (200 KV).

Astăzi iradiem cu bomba cobalt (radioterapie de megavoltaj) care avînd o putere de penetrabilitate uriaşă are şanse mult mai mari de a steriliza ganglionii invadaţi neoplazic şi de mici dimensiuni care ar scăpa limfadenectomiei chirurgicale.

2. *Diferenţa în ce priveşte extinderea exerezei ţesutului conjunctiv pelvian.* Tehnica noastră (L.H.C.L.) înlocuieşte extirparea întregului ţesut conjunctiv pelvian (notă caracteristică a tuturor tehnicilor de colpohisterectomii totale radicale citate) cu extirparea selectivă a acestuia.

Se extirpă astfel:

1. Numai acele zone care reprezintă căi principale de diseminare canceroasă (de ex. ligamentele Mackenrodt), chiar dacă au fost corect iradiate postoperator.

2. Sînt extirpate de asemenea şi formaţiile conjunctive ce au o importanţă mai redusă atît în diseminarea procesului canceros cît mai ales în fiziologia pelvisului; citäm ca exemplu partea anterioară a ligamentelor utero-sacrate. Se

ştie că diseminarea canceroasă în ligamentele utero-sacrate începe de obicei după ce ligamentele cardinale ale lui Mackenrodt au fost invadate cu ţesut neo- plazic, curentul principal de drenaj limfatic fiind astfel blocat. In aceste condiţii intră în funcţie calea vicariantă de drenaj limfatic al colului reprezentată prin limfaticele ligamentelor utero-sacrate şi utero-vezicale.

52 Iradierea ganglionilor paraaortici se va face în condiţii grele din cauza interpunerii anselor intestinale între sursa radiferă şi ganglionii cancerizaţi.

3. Sînt exceptate de la exereză acele formaţiuni anatomice vasculo-con- junctive care au un rol deosebit de important în fiziologia pelvisului cum ar fi: partea posterioară a ligamentelor utero-sacrate (ultimii 2—2,5 cm) pe a căror faţă externă sînt situaţi ganglionii nervoşi vegetativi ai lui Lee-Frankenhäuser, de unde pleacă filetele nervoase ce controlează motilitatea vezicii urinare (şi a rectului), sau 1/3 externă a pediculului subureteral, pe unde merg spre vezică nervii ce asigură micţiunea, precum şi arterele ombilico-vezicale cu perdeaua de ţesut conjunctiv suspendată de ele, prin care merg spre vezică numeroase filete nervoase provenite din plexul vegetativ hipogastric inferior.

De asemenea păstrarea treimei externe a pediculului subureteral este esenţială pentru menţinerea troficii ureterale disecate, asigurîndu-le un suport conjunctiv, fapt ce evită instalarea stenozelor sau necrozelor ureterale.

Din fericire toate aceste formaţiuni anatomice neextirpate prin tehnica noastră (L.H.C.L.) nu sînt căi principale de difuziune a procesului canceros şi de obicei nu sînt invadate neoplazic în stadiile operabile (stadiile I şi II).

Pentru a avea asigurată securitatea bolnavelor, aceste formaţiuni anatomice primesc prin iradiere doze ce realizează sterilizarea acestor zone, prin distrugerea celulelor canceroase ajunse în ele.

Deci, în operaţia denumită de noi limfadeno-histero-colpectomia lărgită, extirpăm din conjunctivul pelvian numai:

a) pediculii supraureterali în totalitate (în bloc cu artera şi venele uterine şi cu ganglionii arterei uterine);

b) 2/3 — 1/2 internă a pediculului subureteral (păstrînd 1/3 externă);

c) ligamentele utero-sacrate în cele 2/3 anterioare, păstrînd 2—2,5 cm din partea lor posterioară;

d) ligamentele utero-vezicale (numai paracistul, menajînd porţiunea lor subureterală);

e) tot ţesutul conjuncţivo-grăsos ce înconjură ganglionii fosei obturatorii, retrocrurali, iliaci externi, hipogastrici şi iliaci primitivi.

3. *Diferenţa în ce priveşte extinderea exerezei vaginului.* Spre diferenţă de tehnicile T. Ionescu, Meigs, Brunschwig etc. care fac imposibilă folosirea postoperatorie a vaginului, deoarece extirpă cel puţin 1/2 sau de obicei 2/3 superioare din acest organ (T. Ionescu, Brunschwig) element atît de necesar pentru păstrarea echilibrului psihologic al bolnavelor, prin tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite (L.H.C.L.) se extirpă numai 1/3 superioară a vaginului.

Ne permitem această exereză limitată în stadiul I şi acele stadii II în care neoplazia nu s-a extins spre vagin iar bolnavele au fost iradiate cu radium preoperator. Iradierea cu radium, cu plasarea celulelor radifere în fundurile de sac vaginale laterale, realizează o iradiere maximală a vaginului, asigurînd de obicei sterilizarea cuiburilor canceroase din vasele limfatice vaginale. Conservarea a 2/3 inferioare din vagin permite operatelor continuarea vieţii sexuale, fapt ce contribuie la echilibrul psihic al bolnavelor.

Şi în tehnica noastră extirpăm mai mult din vagin (1/2—2/3 superioare) în cazurile în care extensia neoplazică spre vagin a fost evidentă clinic; in aceste cazuri nu ne mai bazăm exclusiv pe efectul sterilizant al radiumului.

Rezultatele obţinute de noi cu tehnica limfadeno-colpo-histerectomiei lărgite efectuată sub protecţia radioterapiei preoperatorii (şi la nevoie şi postoperatorii) sînt tot atît de bune în ce priveşte rezultatele imediate cît şi cele tardive, mai bune decît cele obţinute de autorii ce practică operaţii excesiv de largi şi mutilante fără protecţia radioterapiei. De asemenea, complicaţiile postoperatorii urinare sînt mult mai reduse. Toate acestea se explică prin faptul că operaţia propusă de noi (L.H.C.L.) este mai raţională şi mai fiziologică, cumulînd toate avantajele tratamentului asociat radio-chirurgical în cancerul colului uterin.

f) Alte tehnici care extirpă selectiv atît ţesutul limfoganglionar cît şi ţesutul conjunctiv pelvian, datorită protecţiei radioterapiei (tehnica Wertheim asociată cu limfadenectomie sistematică sau alte tehnici). Trebuie specificat că şi alţi autori au căutat să adopte exereză chirurgicală şi să o asocieze cu avantajele radioterapiei. Reamintim doar aceste tehnici, deoarece le-am descris anterior.

Taussig asociază limfadenectomia pelvisului cu iradierea colului şi parametrelor, lăsînd uterul şi colul pe loc. M. Dargent practică după iradierea pelvisului numai histerectomia totală în bloc cu 1/3 superioară a vaginului şi limfadenectomia pelvisului, lăsînd pe loc parametrele iradiate, pe care le consideră sterilizate oncologic prin radioterapia efectuată.

— Alţi autori (Teilhefer, Pilleron, Husslein ş.a.) adaugă operaţiei Wertheim, modificată sau nu, limfadenectomia pelviană selectivă de principiu, bazîn- du-se şi pe protecţia radioterapiei şi obţin rezultate foarte bune.

Privire de sinteză asupra tehnicilor chirurgicale efectuate pe cale abdominală în cancerul colului uterin (stadiile Ib şi II)

în capitolul precedent am expus principiile acestor tehnici respectînd o împărţire didactică clasică, şi anume:

A. Tehnici care aparţin chirurgiei de organ

a) Histerectomia totală simplă.

B. Tehnici care aparţin chirurgiei lărgite (chirurgie de organ extinsă la ţesutul conjunctiv de vecinătate).

a) Colpo-histerectomia lărgită Wertheim.

C. Tehnici care aparţin chirurgiei de sistem (chirurgie de organ extinsă la ţesutul conjunctiv de vecinătate şi ganglionii limfatici tributari colului).

a) Tehnici care asociază histero-colpectomiei lărgite extirparea ganglionilor, dar limitată la ganglionii palpabili (Wertheim).

b) Tehnici ce asociază histero-colpectomiei lărgite extirparea «ganglionului limfatic principal» — Operaţia Leveuf-Godard.

c) Tehnici prin care se extirpă întregul sistem limfoganglionar al pelvisului, lăsînd pe loc uterul şi ţesutul conjunctiv pelvian, procesul canceros cervico-para- metral fiind sterilizat prin radioterapie preoperatorie — Operaţia Taussig.

d) Tehnici prin care se extirpă întregul ţesut limfoganglionar al plevisului (cu cele trei staţii) împreună cu tot ţesutul conjunctiv pelvian în bloc cu uterul — anexele şi vaginul (histero-colpectomiile extinse).

1. Histero-colpectomia abdominală lărgită cu evidare ilio-lombo-pelviană (histero-colpectomia extinsă Thoma Ionescu).
2. Histero-colpectomia extinsă tip Meigs.
3. Histero-colpectomiile extinse tip Magendie şi Brennier.
4. Histero-colpectomia extinsă tip Brunschwig.
5. Histero-colpectomiile extinse tip Huguier şi Magara.

e) Tehnici prin care odată cu colpo-histerectomia totală se extirpă raţional (electiv) atît ţesutul limfoganglionar cît şi ţesutul conjunctiv pelvian, datorită protecţiei radioterapiei.

1. Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite (tehnica Petroşanu, Chi- ricuţă, Trestioreanu, Mudric).
2. Tehnica M. Dargent.
3. Tehnica Wertheim la care trebuie adăugată limfadenectomia sistematică efectuată sub protecţia radioterapiei.

Această împărţire o considerăm prea complicată pentru a fi reţinută.

Ne-am gîndit la o altă sistematizare a tuturor acestor tehnici sub un aspect utilitar pentru medicul practician.

Prezentăm mai jos *noua sistematizare:*

I. Tehnici cu exereze anatomice insuficiente (chirurgie insuficientă).

a)Exereze fără limfadenecta0ie :

1)Colpo-histerectomia totală simplă.

2)Colpo-histerectomia totală lărgită:

— tip Wertheim
— tip Latzko

b)Cu limfadenectomie insuficientă:

1)Colpo-histerectomia totală lărgită -f extirparea ganglionilor palpabili (Wertheim);

2)Colpo-histerectomia totală lărgită + extirparea exclusivă a ganglionului « principal» (Leveuf).

c)Exereză ganglionilor fără extirparea uterului canceros iradiat preoperator (Taussig).

II. Tehnici cu exereze anatomice excesive (chirurgie abuzivă)

1)Tehnica histerectomiei totale lărgite cu evidare ilio-lombo-pelviană (tehnica Thoma Ionescu, 1896).

2)Tehnica Meigs (1944).

3)Tehnica Brennier (1951).

4)Tehnica Brunschwig (1955).

5)Tehnica Huguier (1958).

6)Tehnica Magara (1964).

III. Tehnici cu exereze anatomice rezonabile (chirurgie raţională făcută sub protecţia radioterapiei).

1)Limfadeno-histero-colpectomia lărgită (tehnica Petroşanu, Chiricuţă, Trestioreanu, Mudric).

2)Tehnica Wertheim cu evidarea sistematică a ganglionilor pelvieni, efectuată sub protecţia radioterapiei (Husslein).

3)Tehnica M. Dargent.

INDICAŢIILE ŞI CONTRAINDICAŢIILE OPERAŢIILOR PE CALE ABDOMINALĂ

Limfadeno-histero-colpectomia lărgită este operaţia pe care o preferăm tuturor celorlalte tehnici recomandate pentru tratamentul chirurgical al cancerului de col uterin.

Sîntem de principiu partizanii căii abdominale pentru operarea cancerului colului, cale care permite o chirurgie controlată anatomic.

Indicaţia optimă este cancerul colului uterin în stadiile radical curabile (stadiile Ib—II). Ea poate fi aplicată şi în stadiul III al bolii, în acele cazuri unde, după tratamentul radiologie preoperator, uterul a devenit mobilizabil prin «topirea» induraţiei (neoplazică sau inflamatorie) a parametrelor (situaţie apreciabilă numai prin tuşeul rectal, gest obligator în explorarea clinică a acestor bolnave).

Această operaţie cere respectarea unor condiţii pe care le enumerăm succint:

— starea generală bună (acceptabilă);

— vîrsta bolnavelor; am operat bolnave pînă la vîrsta de 75 ani. Peste această vîrstă indicaţia va fi pusă cu mare prudenţă, preferind fie o histerectomie pe cale vaginală (cînd vaginul nu este retractat complet) sau mai bine un tratament exclusiv radioterapie;

— marile hipertensive vor fi pregătite preoperator, pentru scăderea tensiunii;

— în caz de cardiopatii decompensate, nefropatii grave sau alte tare viscerale care ar exclude actul operator, opei^ia este contraindicată dacă nu se poate obţine redresarea situaţiei printr-un tratament medical preoperator. în asemenea situaţii grele se poate apela la calea vaginală;

— constatarea existenţei diabetului zaharat necesită o pregătire specială preoperatorie (se va colabora cu medicul specialist în boli de nutriţie) şi un tratament special postoperator;

— focarele septice pelviene (colecţii supurate, apendicite acute etc.) vor trebui mai întîi asanate (chiar prin tratament chirurgical) şi după vindecarea lor clinică se va tenta operaţia radicală pentru cancerul colului uterin.

Pentru o mai bună apreciere a indicaţiilor şi contraindicaţilor a se consulta şi capitolul «Indicaţia terapeutică în cancerul colului uterin».

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

De o bună pregătire preoperatorie depinde în mare parte succesul operaţiilor.

Intervalul de 6 (maximum 8 săptămîni) dintre terminarea iradierii şi operaţie, timp în care efectul iradierii se consolidează, se foloseşte pentru pregătirea şi reechilibrarea biologică a bolnavei, în vederea actului chirurgical (combaterea anemiei, reechilibrarea balanţelor: proteică, glucidică, lipidică, hidrosalină etc.).

în acest interval şi spre sfîrşitul lui, ţesutul neoplazic al colului ca şi cuiburile neoplazice însămînţate difuz în parametre au ajuns la maximum de devitalizare (în cea mai mare parte fiind chiar distruse), în timp ce ţesutul conjunctiv pelvian iradiat se reechilibrează d.p.d.v. biologic ; masa tumorală a colului se topeşte, colul ajungînd la dimensiuni normale, ulceraţia postradioterapică dispare: microbismul latent al parametrelor este aproape distrus, hemoragiile din col sînt oprite, iar starea generală refăcută.

înţelegem mai bine importanţa preiradierii şi a intervalului liber ce precedă operaţia, cînd ne gîndim că aceeaşi bolnavă ar fi fost operată la prezentare (fără preiradiere) în plină evoluţie a procesului neoplazic, cu microdiseminări canceroase în ţesutul

conjunctiv pelvian, anemiată prin hemoragiile repetate, cu parametrele infectate latent *şi* cu tumoarea colului sface- lată şi hiperseptică.

O atenţie specială se va acorda repausului nervos preoperator. Se vor utiliza tranchilizante, sedative şi hipnotice.

Cromocistoscopia poate da date asupra stării vezicii (posibilă invadare) şi dinamicii ureterale. Urografia foarte utilă ne dă date asupra funcţiunii renale şi mai ales ne semnalează compresiunile ureterale (stenoza ureterului în canalul parametrial) şi deviaţiile ureterului prin eventuale adenopatii neoplazice.

O atenţie deosebită se acordă dezinfectării vaginului şi leziunii colului In acest interval (irigaţii vaginale cu infuzie de muşeţel sau apă oxigenată, ovule cu sulfatiazol sau penicilină în caz de ulceraţii hiperseptice ale colului).

în dimineaţa operaţiei, după raderea părului pubian, perivulvar şi a spălării vaginului, se dezinfectează colul, fundurile de sac şi vaginul prin badijonarea cu alcool iodat şi apoi se meşează strîns cu meşe lungi exteriorizate prin vulvă. C. Stanca recomandă fixarea meşelor la vulvă cu o faşă, care coboară pînă la călcîie, uşurînd surorii extragerea meşelor vaginale, cînd operatorul va secţiona vaginul.

Introducerea meşelor în vagin este necesară pentru două motive:

—meşa vaginală serveşte ca un calapod care destinde pereţii, uşurînd mult disecţia vaginului:

—împiedică intrarea fecalelor în vagin, în cazul cînd bolnava fiind în poziţia Trende- lenburg, are un scaun pe masa de operaţie, după rahianestezie.

Bolnava se sondează şi este trimisă la sala de operaţie cu o sondă Nâlaton lăsată pe loc în vezică şi fixată pe piele, ce menţine vezica golită tot timpul operaţiei sau mai bine sondă Foley cu balonaş.

în ce priveşte pregătirea tubului digestiv, se recomandă evacuarea colonului prin clismă înaltă în seara ce precedă intervenţia şi în dimineaţa zilei de operaţie. Purgativul se administrează de obicei la constipate, cu cîteva zile înainte de operaţie (ulei de ricin 30 g). Purgativele saline sînt contraindicate, deshidratînd bolnava.

CONDIŢIILE DE EFECTUARE A OPERAŢIILOR PE CALE ABDOMINALĂ

Instrumentarul special. Dată fiind natura intervenţiei, este nevoie de instrumente care să expună larg regiunea şi să permită abordarea cu uşurinţă a formaţiunilor din fundul pelvisului, în special a vaselor.

în afară de instrumentele indispensabile oricărei intervenţii pelviene, sînt necesare următoarele instrumente, care uşurează mult operaţia:

—depărtător puternic (cu valve) pentru peretele abdominal (de exemplu depărtătorul cu cadru tip E. Juvara) (fig. 609 A);

m depărtător valvă bicudat tip Polosson (fig. 609 B) este indispensabil pentru depărtarea vezicii, expunerea fosei obturatoare etc.; personal folosesc 2 depărtătoare Polosson. Ele pot fi confecţionate în orice atelier mecanic;

— decolator tip Kocher (fig. 609 C) utilizat la prepararea ureterului şi izolarea vaselor iliace;

ji pense de hemostază curbe cu vîrful lung, fin şi subţire (lungimea pensei 22 cm), utile pensării vaselor fine ce pot fi rupte în fosa obturatoare (fig. 609 D);

— pense de hemostază lungi (22 cm) tip J. L. Faure sau Mickulicz (sînt mai utile ca pensele Kocher lungi); ele au braţele scurte cu dinţi şi foarte puternice, utile pensării vaselor mari şi parametrelor (fig. 609 E);

— aspirator electric foarte puternic.

Echipa chirurgicală este formată din chirurg (care se va aşeza la stîngă bolnavei) şi 1—2 ajutoare (medici). în această intervenţie laborioasă contează enorm aşa-zisul « spirit de echipă ».

Un ajutor neexperimentat în aceste intervenţii îngreunează mult operaţia, timpul evidării fosei obturatoare, izolării ureterului şi extirpării pediculului subureteral cerînd manevre speciale din partea ajutorului. Un ajutor nefamiliarizat bine cu aceste operaţii poate determina accidente grave uneori fatale: hemoragii catastrofale, secţiunea ureterului etc. ^

O importanţă deosebită acordăm persoanei care instrumentează. In Institutul Oncologic Cluj-Napoca ne-am format, prin antrenamente repetate, asistente medicale special educate în tehnica instrumentării. Nu folosim ca personal instrumentar medici sau studenţi, fiindcă sigur ei îngreunează desfăşurarea operaţiei.

Problemele de tehnică operatoare fiind variate şi complexe, pretind o echipă operatoare antrenată în acest tip de intervenţii. Insistăm în mod deosebit asupra importanţei « spiritului de echipă».

Anestezia, cea mai indicată în chirurgia organelor pelviene este anestezia prin intubaţie, care necesită prezenţa unui anestezist.

în serviciile care nu au anestezist la dispoziţie se poate apela la clasica anestezie rahidiană, practicată la nivelul L_t—L_2. Se recomandă un anestezic de durată (1 1/2—3 ore), utilizîndu-se percaina (0,007 —0,010 g), singură sau asociată cu novocainã (1 ml soluţie 8%). în lipsa percainei se poate recurge la rahianestezie în doze mari de novocainã (2—3 ml novocainã 8%) completată cu anestezie locală, generală sau continuată prin rahianestezie repetată pe cale anterioară, după tehnica ce am preconizat-o. Nici una din aceste metode de rahianestezie nu oferă avantajele rahipercainei.

Reanimarea intraoperatorie se reduce în mod practic la:

— perfuzie intravenoasă lentă cu sînge conservat izogrup (numai la nevoie); în mod obligator soluţie glucozată 10%, ser fiziologic şi substituente ale plasmei (dextran, subtosan etc.). Perfuzia se va instala înainte de rahianestezie pentru a preveni şocul rahianestezie;

— cantităţile de lichide administrate vor varia după intensitatea eventualului şoc, intensitatea hemoragiei şi starea aparatului cardio-vascular; în general 500—1000 ml soluţie glucozată izotonică administrată intraoperator a fost suficientă, operaţia nefiind şocantă în majoritatea cazurilor. De obicei operaţia este nehemoragică. în caz de accidente hemoragice mari intraoperatorii transfuzia imediată de sînge devine obligatorie. în multe centre ginecologice pe care le-am vizitat în străinătate m-a impresionat negativ marile cantităţi de sînge administrate bolnavelor, mai ales intraoperator (cca 1 kg sînge, uneori şi mai mult). Această practică (abuzul de sînge) o considerăm inutilă şi chiar periculoasă. în Institutul Oncologic Cluj-Napoca am ajuns ca aceste operaţii să nu fie şocante, avînd tehnica perfect reglată;

— perfuzia cu soluţie glucozată şi ser fiziologic se continuă şi postoperator (cca 2000— 2500 cc/24 ore, soluţii gluco-saline sau macromoleculare). Excepţional recurgem post-operator la transfuzia de sînge.

Insistăm asupra mobilizării precoce postoperatorii a bolnavei (ridicarea din pat în prima zi după operaţie) şi a importanţei gimnasticii respiratorii.

Poziţia bolnavei şi a operatorilor (fig. 610): bolnava este aşezată iniţial în decubit dorsal; poziţia Trendelenburg este recomandată abia după efectuarea laparotomiei.

Operatorul stă în stînga bolnavei şi ajutorul prim în dreapta. Masa cu instrumente sterile şi asistenta instrumentară sînt prezentate în fig. 610. Poziţia operatorilor se schimbă numai pentru disecţia fosei obturatoare stîngi (chirurgul principal trece în dreapta).

TEHNICILE HISTERECTOMIILOR TOTALE LĂRGITE EXECUTATE PE CALE ABDOMINALĂ (utilizate în cancerul colului uterin, stadiile Ib şi II)

Prezentăm următoarele tehnici operatorii pe cale abdominală folosite în tratamentul chirurgical al cancerului colului uterin:

1. *Limfadeno-histero-colpectomia lărgită* (tehnica Petroşanu, Chiricuţă, Trestioreanu, Mudric);

2. *Colpo-histerectomia lărgită cu extirparea ganglionilor fosei obturatorii* (tehnica E. Wertheim aşa cum o practica profesorul C. Stanca).

3. *Histerectomia abdominală lărgită cu evidare ilio-lombo-pelviană* (tehnica Thoma Ionescu).

Primele 2 tehnici au o răsplndire largă printre chirurgii noştri. Tehnica Thoma Ionescu are mai mult o valoare istorică decît practică: o prezentăm deoarece este prima tehnică din care au derivat ulterior toate tehnicile chirurgiei de sistem (tehnicile Brunschwig, Meigs etc.).

In paralel vom prezenta şi secvenţe din aceste tehnici (Brunschwig şi Meigs) pentru a arăta principialitatea lor comună cu tehnica Thoma Ionescu.

4. Tehnica cervico-colpectomiei lărgite utilizată în tratamentul cancerului colului restant.

Vom prezenta tehnica pe care personal o folosesc şi care ne-a dat bune rezultate în această operaţie plină de mari riscuri.

1. TEHNICA LIMFADENO-HISTERO-COLPECTOMIEI LĂRGITE[53]

Tehnica Petroşanu, Chiricuţă, Trestioreanu, Mudric*. înainte de a decide efectuarea tehnicii operatorii propriu-zise, chirurgul se va asigura după efectuarea laparotomiei, dacă operaţia poate fi executată cu intenţia de radicalitate.

Stabilirea operabilităţii prin controlul intraoperator al leziunilor. — Incizia obişnuită este celiotomia mediană puboombilicală.

In jos incizia va atinge simfiza pubiană (expunerea mai bună a pelvisului), iar în sus întrece cu 1—-2 cm ombilicul, acesta fiind ocolit prin stîngă. Am observat că unii ginecologi nu termină incizia în jos just la simfiza pubiană. Lăsarea a 1—2 cm de perete abdominal suprasimfizar neincizat împiedică mult operaţia prin îngreunarea evidenţierii formaţiilor anatomice situate în profunzimea pelvisului. in caz de lipsă de lumină, incizia se poate prelungi în sus. Orice altă incizie care nu dă o expunere largă a pelvisului este contraindicată (de exemplu: incizia Pfannenstiel-Aburel).

— Instalarea depărtătorului autostatic.

Izolarea plăgii parietale se face prin sutura cu fire izolate a peritoneului la piele. O atenţie specială se acordă excluderii spaţiului Retzius din cîmpul operator, prin suturarea peritoneului perivezical la tegumentele din preajma pubisului. Spaţiul Retzius lăsat deschis va determina sigur apariţia supuraţiilor trenante la acest nivel.

---

53 Petroşanu I., Chiricuţă I., Trestioreanu Al., Mudric V., Chirurgia, 1956, 4, 70—78. Desenele acestei tehnici sînt schiţe sau operaţii efectuate de Prof. Chiricuţă şi desenate de P. Vel luda)

* In prima ediţie a acestei monografii (1957) am denumit această tehnică ca fiind «tehnica Institutului Oncologic Bucureşti». Cum de aproape un sfert de secol m-am despărţit de colectivul din Bucureşti, iar la Institutul Oncologic din Cluj-Napoca am continuat împreună cu colectivul de chirurgi-ginecologi să mă preocup intens în acest timp de perfecţionarea şi simplificarea acestei tehnici, ea ar putea să se numească în prezent, dacă se renunţă la citarea numelui autorilor ei, ca tehnica Institutelor Oncologice din Bucureşti şi Cluj-Napoca.

Depărtătorul autostatic se instalează şi se deschide maximal (cît permite plaga).

— Evidenţierea pelvisului prin izolarea intestinelor cu cîmpuri de tifon, înclinarea bolnavei în poziţia Trendelenburg.

— Bilanţul intraoperator al leziunilor şi aprecierea configuraţiei pelvisului. Se cercetează gradul de extindere a procesului tumoral, aderenţa la organele vecine, starea ureterelor şi a ficatului.

a) Gradul de extindere a procesului tumoral spre vezică, rect şi ţesutul conjunctiv pelvian: se cercetează aspectul peritoneului în jurul istmului uterin (eventuală limfangită neoplazică), controlîndu-se cu toată atenţia mobilitatea istmului faţă de vezică şi rect (eventuale invadări ale acestor organe). Se verifică apoi supleţea parametrelor (palpator şi prin mobilizarea uterului) şi starea ligamentelor utero-sacrate, după eliberarea uterului din aderenţele inflamatorii.

Deseori este greu de a face deosebirea între un parametru infiltrat neoplazic şi altul infiltrat inflamator, ţesutul de scleroză şi de infiamaţie cronică iradiat, căpătînd uneori duritatea procesului malign. Simpla palpare, făcută chiar de un chirurg experimentat, nu poate aprecia cu certitudine natura infiltraţiei parametrului. Situaţia se precizează numai cînd începem disecţia parametrelor.

Invadarea neoplazică a parametrului în întregime, cu înglobarea vaselor parietale pelviene (artera şi vena hipogastrică), istmul uterin făcînd bloc cu pereţii pelvisului («parametru îngheţat»), contraindică operaţia (stadiul al III-lea parametru). Ne vom limita în acest caz la o limfadenectomie a pelvisului şi cazul va fi iradiat postoperator.

b) Controlul ganglionilor pelvisului se face cu deosebită atenţie. Se palpează pe rlnd: ganglionii retrocrurali, ganglionii iliaci externi, în special grupul fosei obturatoare, iliaci primitivi, promontorieni şi paraaortici. Constatarea unor ade- nopatii neoplazice (ganglioni duri, relativ mari), ce au tendinţa de a fixa vasele mari, pune în discuţie intenţia de radicalitate a operaţiei. Constatarea unor ade- nopatii cu caractere neoplazice, dar extirpabile, în grupele anterioare, nu va opri continuarea intervenţiei cu intenţia de radicalitate, deoarece aceste grupe ganglionare pot fi extirpate complet.

Simpla palpare nu dă decît date aproximative asupra stării ganglionilor. Adeseori, ganglionii neoplazici măriţi de volum şi duri, ascunşi în grăsimea fosei obturatoare, nu se simt la simpla palpare, devenind perceptibili abia după deschiderea şi disecarea fosei.

c) Controlul ureterelor se face sistematic, mai ales în formele cu parametre invadate. Dinamica şi mai ales calibrul lor trebuie luate în seamă. Adeseori se descoperă ureterohidronefroze mute din punct de vedere clinic.

d) Controlul ovarelor: uneori se constată metastaze ovariene.

e) Controlul metastazelor la distanţă:

Se explorează ficatul palpator, atît pe faţa inferioară cît şi pe cea diafrag- matică (plexul venos utero-vaginal comunică cu sistemul port prin venele hemo- roidale medii, cu care are numeroase anastomoze, încît metastazarea intrahepatică de tip port este posibilă).

Existenţa unei metastaze unice hepatice nu contraindică operaţia, dacă condiţiile locale pelviene o permit. Metastaza unică hepatică se poate extirpa chirurgical (în altă şedinţă operatorie).

Ganglionii juxta reno-aortici se explorează atent. Constatarea unor adeno- patii suspecte a fi maligne impune recoltarea adenopatiilor pentru examinare histologică şi obligă la iradierea postoperatorie a acestei regiuni (tratament paliativ).

Numai după efectuarea bilanţului leziunilor se hotăreşte tactica şi tehnica operatorie ce va fi urmată (operaţie cu intenţie radicală, paliativă sau abstenţie).

Executarea limfadeno-histero-colpectomiei lărgite. Intervenţia comportă următorii timpi operatori (fig. 611):

I. Liberarea corpului uterin din aderenţe şi anexectomia bilaterală.

II. Limfadenectomia staţiilor limfatice I şi a II-a a colului uterin.

III. Izolarea ţesutului conjunctiv periuterin (parametre) şi perivaginal (para- colpos) după secţiunea arterelor uterine, disecţia ureterelor şi separarea acestui ţesut de restul pelvisului.

IV. Prepararea şi secţiunea vaginului.

V. Drenajul pelvisului şi sutura peretelui abdominal.

Pentru a se înţelege în mod clar lunga expunere a tehnicii operatorii, se vor avea permanent în vedere aceste cinci obiective ale operaţiei. Cînd cistoscopia preoperatoare sau controlul palpator intraoperator al vezicii suspectează o eventuală infiltrare a peretelui vezical, timpii operatori enumeraţi mai sus sînt precedaţi în mod obligatoriu de verificarea prin disecţie a raporturilor dintre vezică şi istmul uterin.

Pentru aceasta, se incizează fundul de sac peritoneal şi se caută planul de clivaj existent între vezică, istm uterin şi peretele anterior al vaginului. în mod normal deslipirea utero-vezicală se face cu uşurinţă. Existenţa unor aderenţe laxe nu constituie o piedică în desfăşurarea ulterioară a tehnicii. Constatarea unei infiltraţii masive a vezicii pune în discuţie abstenţia, cistectomia parţială sau hemipelvectomia anterioară.

Starea generală a bolnavei ca şi gravitatea extinderii canceroase sînt factori care determină atitudinea ce o vom adopta.

Odată trecut acest timp operator, tehnica operatorie se desfăşoară în modul următor:

*I. Liberarea corpului uterin şi anexectomia bilate*rală* se obţine prin:

1) *Secţiunea ligamentului lombo-ovarian.* Uterul este prins şi manevrat cu ajutorul a două pense Kocher lungi, ce servesc de tractor, aplicate de o parte şi de alta, la nivelul implantării trompelor şi ligamentelor rotunde în uter (fig. 612). în felul acesta se realizează o priză solidă asupra uterului.

Acest mod de a fixa uterul este mai indicat decît aplicarea pe fundul uterului a unei pense cu dinţi (tip Museux) care, lezînd uterul, produce hemoragii sau uşurează scurgerea secreţiilor septice endouterine, în caz de piometrie, în cavitatea peritoneală. Pensele Kocher aplicate lateral au avantajul că măresc posibilităţile de deplasare laterală a uterului, în timpul manevrelor. Se trage uterul în partea opusă regiunii în care se operează, punîndu-se în tensiune ligamentul lombo-ovarian respectiv.

Pensarea şi secţionarea acestui pedicul se poate face în mai multe feluri, unele din acestea putînd expune la accidente grave.

Unii (Terrier) secţionează acest ligament între două pense Kocher şi apoi leagă pediculii vasculari (fig. 612, cartuş A).

Thoma Ionescu secţiona ligamentul între două ligaturi trecute cu acul Cooper, care prindeau în masă vasele utero-ovariene şi peritoneul supraiacent, fără să mai utilizeze pensele (fig. 612, cariuş B).

Aceste modalităţi de a lega pediculul lombo-ovarian, aplicabile în cazuri de ligamente lungi şi suple, pot expune la pericolul prinderii în ligatură şi a secţionării ureterului în caz de ligamente scurte şi edemaţiate. Ureterul mai cu seamă în stînga, merge paralel şi aproape de ligamentul lomboovarian, putînd fi cu uşurinţă pensat, dacă chirurgul nu este atent. Aceste procedee (Terrier şi T. Ionescu) nu le recomandăm.

Pentru acest motiv, cînd situaţia anatomică nu permite întinderea şi expunerea corectă a ligamentului lombo-ovarian, este mai prudent a inciza, în lungimea ligamentului lombo-ovarian foiţa anterioară a seroasei peritoneale, manevră prin care se pune în evidenţă prin decolare digitală mai întîi ureterul şi se leagă apoi subperitoneal cu acul Deschamps pediculul vasculo-nervos izolat (fig. 612).

Ligatura se face cu fir gros de in (nu taie vasele) trecut cu acul, pentru a nu aluneca. După ligatură nu se păstrează firul lung fixat în pensă, ci se taie pentru a nu fi smuls în timpul manevrelor următoare.

2) *Secţiunea ligamentului rotund***.* Spre deosebire de ligamentele lombo- ovariene care trebuie secţionate cît mai departe de uter (cît mai aproape de peretele pelvisului) fiind o cale de drenaj limfatic, ligamentele rotunde se vor tăia mai aproape de uter (la 3—4 cm) şi nu ras cu peretele bazinului (fig. 613).

Această rezecţie totală a ligamentelor rotunde, recomandată de Lecene şi Martius pentru « securitatea oncologică» nu este justificată deoarece ele conţin foarte puţine vase limfatice, necitîndu-se încă nic un caz de metastază la acest nivel. Păstrarea parţială a lor permite o mai bună peritonizare şi o eventuală

| Pentru simplificarea manevrelor, timpii operatori se execută intîi in dreapta şi apoi In stingă. Timpii fiind identici, descriem efectuarea lor unilateral.

** Unii chirurgi inversează ordinea acestor primi doi timpi operatori, sectionînd ca prim timp ligamentul rotund şi ulterior ligamentul lombo-ovarian.suspendare a bontului vaginal, combătîndu-se ptoza postoperatorie a vezicii urinare.

Secţiunea ligamentului rotund se face între două pense; se ligaturează cu catgut ambele capete (conţin o mică arteriolă). Firul de pe capătul periferic se păstrează lung şi se exteriorizează din pelvis sub tensiune, prin prinderea sa cu o pensă la cîmpurile vecine. Această manevră uşurează timpul de decolare vezico- uterină, mărind expunerea spaţiului subperitoneal anterior (vezi fig. 613).

3) *Secţiunea peritoneului de pe faţa anterioară a ligamentului larg şi fundul de sac vezico-uterin. Decolarea vezico-uterină.* Operatorul, trăgînd în sus şi înapoi de uter, expune succesiv faţa anterioară a ligamentelor largi, pe care ajutorul *o pune în tensiune prin tracţiune laterală cu pensa anatomică, în timp ce operatorul deplasează uşor uterul în partea opusă. Cu foarfecele bont curb se incizează de sus în jos peritoneul anterior al ligamentului larg respectiv, incizînd totodată şi seroasa fundului de sac vezico-uterin (fig. 614).*

Pentru a asigura peritonectomia nu numai la nivelul ligamentelor largi, ci şi în jurul istmului (colului) uterin, anterior, incizia va trece cu 1—2 cm mai în faţă de fundul de sac vezico-uterin. Pentru a nu leza vezica, se va dezlipi în prealabil peritoneul vezical cu foarfecele bont închis, insinuat subperitoneal. Se execută aceiaşi timpi operatori în partea opusă. Urmează un timp operator căruia chirurgul trebuie să-i acorde toată atenţia: dezlipirea utero-vezicală. De felul cum se execută această dezlipire depinde în mare parte evoluţia postoperatorie a bolnavei, rănirea vezicii putînd determina fistule vezico-vaginale. Trebuie menţionat că nu în toate cazurile în care se constată aderenţe utero-vezicale este vorba de o infiltraţie neoplazică. Adeseori aceasta este de natură inflamatoare (septică sau postradioterapică). Operatorul experimentat în această chirurgie poate face uneori diferenţierea macroscopică ; între infiltraţia neoplazică şi infiltraţia inflamatorie cronică a vezicii. în caz de | îndoială, recoltarea unui mic fragment din zona suspectă şi biopsia intraopera- I torie lămuresc situaţia.

Deoarece pentru executarea unei limfadeno-histero-colpectomii corecte este nevoie de liberarea aproape în întregime a peretelui vezical posterior, aceasta nu se poate face dintr-o dată în acest prim timp operator, ci în trei etape, repartizate în diferiţi timpi operatori.

în prima etapă se procedează la o decolare limitată a vezicii de uter, numai pe linia mediană, pînă la domul vaginal («verificarea operabilităţii»).

Etapa a doua de eliberare laterală a vezicii fiind strîns legată de disecţia porţiunii juxtavezicală a ureterelor, iar etapa a treia de decolare vezico-vaginală fiind strîns legată de prepararea vaginului, le vom descrie la timpii operatori respectivi.

Tehnica primei etape, a decolării utero-vezicale, decurge în felul următor: operatorul trage în sus şi posterior (spre promontoriu) corpul uterin liberat, pentru a pune în evidenţă în mod clar limita dintre vezică şi uter, căutîndu-se cu foarfecele bont închis (sau cu tamponul montat) planul de separare (vezi fig. 614). Acest plan este avascular şi decolarea la acest nivel nu se însoţeşte de sîngerare, dacă se păstrează decolarea strict pe linia mediană. Pătrunderea spre muşchiul vezical prin perforarea fasciei retrovezicale Halban ne este semnalată prin hemoragii mici şi multiple (uneori se pot deschide vene mai groase).

Operatorul mai are un reper preţios pentru găsirea planului de clivaj, în senzaţia de rezistenţă ce trebuie să o simtă cînd apasă vîrful foarfecelui spre istmul uterin. Orice secţiune de bridă aderenţială şi orice progresare a foarfecelui sau a tamponului montat în spaţiul de decolare se face menţinînd contactul cu duritatea istmului uterin, decolarea făcîndu-se în jos numai pînă la domul vaginal, în această primă etapă; rătăcirea foarfecelui într-un plan mai anterior, în plin muşchi vezical, poate duce la traumatizarea peretelui vezicii sau Ia deschiderea acesteia.

Artificiile tehnice propuse clasic, în această eventualitate (sutura peretelui vezical în dublu strat, închiderea vaginului cu drenajul pelvisului suprapubian după efectuarea histerectomiei, punerea vezicii în repaus prin sondă vezicală lăsată pe loc etc.) pot evita apariţia fistulei vezico-vaginale postoperatorii.

Sînt situaţii în care operatorul este obligat, de caracterul dubios al infiltraţiei, să meargă cu decolarea într-un plan anterior planului anatomic de clivaj:

— cînd infiltraţia suspectă a fi neoplazică interesează o suprafaţă mică a peretelui vezical (stratul muscular, mucoasa fiind intactă) chirurgul poate sculpta în plin muşchi vezical creînd un plan artificial de separare, fără să perforeze mucoasa vezicală (prepararea hidraulică a ţesuturilor prin injectarea a 10—20 cmc ser fiziologic ajută mult disecţia). La sfîrşitul operaţiei, după extirparea uterului şi închiderea vaginului, va avea grijă să sutureze cu fire izolate de catgut neper- forante, buza superioară cu cea inferioară a plăgii musculare vezicale; rezultate bune se obţin prin plastia pelvisului şi a liniei de sutură vezicală cu epiploon pediculizat (Chiricuţă, 1956; J. Graham şi D. Goplerud, 1967);

— în cazuri de infiltrare pe o suprafaţă întinsă a muşchiului vezical se recomandă abstenţie sau hemipelvectomie anterioară (cînd nu sînt prinse parametrele şi starea bolnavei permite).

Prognosticul funcţional şi oncologic al acestor operaţii lărgite spre vezică fiind rezervat, chirurgul va recurge după matură gîndire la ele. De cele mai multe ori, în asemenea situaţii, abstenţia este cea mai bună cale de ales.

4) *Anexectomia bilaterală.* După secţionarea ligamentelor lombo-ovariene, anexele sînt libere şi se pot extirpa cu uşurinţă. Păstrarea lor pînă la sfîrşitul intervenţiei jenează operatorul în timpul disecţiei parametrelor.

Asupra necesităţii ovarectomiei în histerectomiile pentru cancer al colului uterin s-au purtat numeroase discuţii. Unii (Bourg) o socotesc obligatorie pentru următoarele motive:

— ovarele pot fi sediul metastazelor canceroase[54];

— persistenţa funcţiei ovariene la canceroasele tinere ar favoriza dezvoltarea recidivelor şi metastazelor.

Sînt unii autori (Aleksandrov, Aburel, Navratil) care recomandă păstrarea unui ovar (de aspect normal) la femeile tinere operate pentru cancere incipiente ale colului uterin, deoarece metastazarea în ovare este excepţională, tulburările de castrare la tinere sînt grave şi pentru că nu este deplin demonstrat că foliculină ar favoriza apariţia şi dezvoltarea cancerului în col (prin opoziţie cu situaţia din cancerul mamelei sau corpului uterin).

Problema păstrării ovarelor nu se mai pune în discuţie, cînd operăm după preiradiere, deoarece funcţia ovariană este desfiinţată.

Din prudenţă, în Institutul Oncologic Cluj-Napoca s-a adoptat castrarea sistematică în cancerul colului uterin de stadiul I sau II, indiferent de vîrstă. Tulburările endocrinovegetative postoperatorii se tratează cu sedative ale sistemului nervos şi, la nevoie, doze moderate de estrogeni şi progesteron, sub control periodic.

5. *Desfacerea foiţelor peritoneale ale ligamentelor largi.* Odată secţionate pediculele lombo-ovariene, ligamentele rotunde şi anexectomia terminată, este necesară lărgirea spaţiului conjunctiv dintre cele două foiţe peritoneale ale ligamentului larg, pentru a se expune bine în plagă ureterul, vasele iliace externe, hipogastrice şi parametrul.

---

54 Metastazarea cancerului colului în ovare este relativ rară. Statistica lui Pojarslci, pe 68S metastaze !n ovare, constată asemenea provenienţă numai In 19 cazuri pornite de la col şi 88 cazuri de la corp. Gothier Villard, pe 365 metastaze ovariene, nu constată nici una de provenienţă uterină. Uneori aceste metastaze s!nt microscopice, neputînd fi constatate la examenul macroscopic. C. Stanca citează un caz la care din cauza vlrstei tinere a bolnavei, a grefat un ovar aparent sănătos, in teaca drepţilor, fn cursul unei operaţii Wertheim. Ulterior, la nivelul grefei s-a dezvoltat un neoplasm, explicat prin evoluţia unei metastaze microscopice.

Lărgirea se poate face prin disecţia cu foarfecele bont, dar mai bine este să recurgem la decolarea digitală. Se introduc ambele indexuri, orientate spre peretele lateral al pelvisului, adînc între foiţele peritoneale, şi apoi se deschide larg acest spaţiu prin depărtarea lor în sens divergent, spre arcada femurală şi spre aortă (fig. 615).

Decolarea se va face lent, fără brutalitate, deoarece elongarea ureterului ar putea produce rupturi ale reţelei fine vasculare din adventicea sa. Manevra este nesîngerîndă şi are o importanţă deosebită pentru expunerea dintr-o dată a celor mai importante formaţiuni ale pelvisului.

Ureterul apare lipit pe foiţa posterioară a ligamentului larg, artera şi vena iliacă externă apar evident pe peretele lateral al pelvisului. Dacă bolnava nu este grasă, în fundul spaţiului decolat poate apărea şi artera hipogastrică (vezi fig. 615). Manevra se practică pe rînd în ambele ligamente largi.

NOTĂ: Unii autori (M. Rişcă, Magara) amină extirparea anexelor şi ligatura vaselor lombo-ovariene după efectuarea acestei decolări bidigitale a foitelor peritoneale ale ligamentului larg. Se poate vedea în fig 616 cum după decolarea digitală, apar în plagă, bine expuse, atît ureterul cît şi vasele lombo-ovariene. Acestea sînt legate şi secţionate « la vedere », menajîndu-se ureterul; după aceea se procedează la anexectomie şi se continuă operaţia aşa cum am descris-o. M. Rişcă şi Magara au conceput procedeul în mod independent unul de altul. Noi am adoptat în ultimii ani acest procedeu, ca prim timp operator după secţionarea ligamentului rotund şi incizarea foiţelor peritoneale ale ligamentului larg (fig. 616).

II. *Limfadenectomia* (extirparea staţiilor I şi a Il-a limfatice) 55. 1. Trebuie să se pună neapărat în evidenţă, înainte de a trece la actul limfadenectomiei, *porţiunea superioară a ureterului pelvian*, pînă la nivelul unde ureterul intră sub pediculul supraureteral, lăsîndu-1 pe toată această porţiune lipit de foiţa peritoneală care-1 acoperă. Ureterul trebuie pus în evidenţă în mod clar, anatomic, îndepărtîndu-se prin disecţie ţesuturile sau grăsimea ce-i pot masca traiectul.

Dealtfel, în tot timpul efectuării operaţiei, ureterul trebuie să-1 avem sub control vizual, lezarea lui fiind accidentul major al acestei intervenţii. Putem afirma metaforic că « ureterul este steaua polară a intervenţiei».

2. *Ţesutul limfo-ganglionar* începe a fi disecat (cu decolatorul Kocher, sonda canelată, sau foarfecele bont curb închis) la 2 cm în afara arterei iliace externe, pentru a fi siguri că scoatem şi ganglionii situati pe marginea externă a arterei (fig. 617).

Incizia ţesutului limfo-ganglionar se face pe muşchiul psoas şi începe de la arcada femurală, urcînd în sus, pînă deasupra bifurcării arterei iliace primitive. Se ridică lama de ţesut grăsos şi limfo-ganglionar în tot lungul arterei iliace externe (muşchiul psoas apărînd dezgolit în plagă) şi se trece cu planul de decolare pe deasupra arterei iliace externe spre venă, extirpînd în felul acesta şi ganglionii ce acoperă artera. Separarea lamei limfo-adipoase de faţa superioară a arterei trebuie făcută cu atenţie, deoarece în aceste manevre se poate rupe o fină arteriolă, ce iese din jumătatea superioară a arterei iliace externe, care hrăneşte grăsimea şi ganglionii fosei obturatorii (vezi fig. 617). Această arteriolă trebuie pusă în evidenţă printr-o atentă disecţie, legată şi secţionată. Ruperea ei prin manevre brutale se face la nivelul emergenţei din iliaca externă, hematomul infiltrîndu-se în grosimea tecii arteriale şi hemoragia fiind greu de oprit. In acest caz se prinde cu o pensă Pean capătul arteriolei, ras cu adventicea arterei iliace şi se leagă cu aţă subţire (catgutul poate aluneca). Dacă arteriola nu a putut fi prinsă şi legată de la prima încercare, se va renunţa la ligatură (pericolul lezării arterei iliace), şi se va recurge la hemostaza prin tamponament cu o compresă (2—5 min compresiune puternică).

Disecţia lamei limfo-adipoase în jurul venei iliace externe şi pe toată întinderea ei va fi făcută cu prudenţă, cunoscută fiind posibila aderenţă a ganglionilor invadaţi neoplazic la peretele subţire al venei.

în rare cazuri din vena iliacă externă iau naştere fine venule ce merg spre grăsimea regiunii. Ruperea acestor vene va fi evitată în timpul disecţiei, reperarea, legarea şi secţionarea lor fiind obligatorii; din cauza poziţiei Trendelenburg forţate (ca şi a stării de

55 Pentru înţelegerea justificării limfadenectomiei selective a se vedea capitolul referitor la anatomia limfaticelor uterului şi invadarea lor în cancerul colului uterin.

şoc), venele iliace sînt colabate, motiv pentru care ruperea accidentală a venulelor poate trece neobservată, fiind urmată de hemoragii numai după îndreptarea planului mesei.

3. *Urmează evidarea ţesutului grăsos şi limfo-ganglionar retro-crural şi din fosa obturatoare.* Unii chirurgi au comparat importanţa evidării fosei obturatoare în cancerul colului cu evidarea axilară în cancerul de sîn (fosa obturatoare ar reprezenta « axila» bazinului).

Odată puse în evidenţă pe toată lungimea lor artera şi vena iliacă externă, se pătrunde în fosa obturatoare cu decolatorul printr-un spaţiu decolabil situat sub marginea inferioară a venei iliace externe, în jumătatea ei anterioară (vezi fig. 617).

Disecţia fosei se începe din partea ei anterioară, urmărind marginea inferioară a venei iliace externe pînă la confluenţa cu vena hipogastrică. Apoi se separă grăsimea fosei de peretele lateral al bazinului (format la acest nivel de osul pubis şi muşchiul obturator intern), cu ajutorul decolatorului sau indexului (vezi cartuş fig. 617). în unele cazuri (bolnave cu panicul adipos friabil şi ede- maţiat) decolările digitale sînt mai lesnicioase decît cele instrumentale. Decolarea grăsimii cu degetul va fi blîndă, pentru a nu rupe venele mici ce pot ieşi din vena iliacă externă.

Se trece apoi la separarea masei de ţesut limfo-grăsos de arcada inghinală pînă la inelul crural, avîndu-se grijă să nu se lezeze o venă subţire ce iese din vena iliacă externă, merge paralel cu arcada femurală înspre vezică şi apoi merge ascendent în peretele abdominal (vezi fig. 584 C). Această venă este constantă şi

ruperea ei este urmată de hemoragii greu de stăpînit, dată fiind profunzimea regiunii. Unii consideră că este chiar vena epigastrică. Pentru acest motiv ajutorul va expune bine regiunea, ridicînd în sus peritoneul în bloc cu peretele abdominal şi grăsimea la nivelul arcadei inghinale cu ajutorul depărtătorului bicudat Polosson.

«Ganglionul principal» descris pe rînd de Peisser, Thoma Ionescu şi Leveuf (ganglionul obturator) se află ascuns în grăsimea părţii anterioare a fosei obturatoare, fiind aşezat între marginea inferioară a venei iliace externe, arcada femurală şi nervul obturator. Uneori se constată aderenţa acestui ganglion invadat neoplazic, la peretele venos; cînd aderenţa este prea întinsă şi vena nu poate fi separată, se pune în discuţie rezecţia între ligaturi a venei iliace externe (circulaţia de întoarcere fiind asigurată prin colaterale ale venei hipogastrice). Prognosticul acestor cazuri cu un intens proces de periadenită canceroasă aderentă la formaţiunile vecine (în special la venă) este foarte rezervat, recidiva apărînd de cele mai multe ori chiar cu preţul rezecţiei venoase întinse. Pentru cei mai mulţi chirurgi, prinderea strînsă a venei în masa ganglionară neoplazică este un fapt ce contraindică continuarea limfadenectomiei şi deci a operaţiei cu intenţie de radicalitate. în toate cazurile în care am crezut că facem o operaţie radicală prin extirparea venei iliace externe în bloc cu ganglionul aderent la venă, recidiva s-a produs în cîteva luni.

O atenţie deosebită se va acorda extirpării ganglionilor retrocrurali, situaţi pe marginea internă a venei iliace externe la locul unde vena intră în «inelul crural» pentru a trece spre coapsă pe sub arcada inghinală, devenind vena femurală. Aceşti ganglioni trebuie căutaţi prin palpare atentă, fiind uneori invadaţi canceros. Extirparea lor se va face «la vedere» şi nu orbeşte, deoarece regiunea conţine vene subţiri ce prin rupere produc hemoragii supărătoare.

Atragem de asemenea atenţia că în timpul extirpării grăsimii fosei obturatoare, trebuie pus în evidenţă totdeauna, aproape pe toată lungimea sa, nervul obturator, care străbate în sens oarecum antero-posterior fosa la baza sa, intrînd în canalul subpubian (vezi fig. 591). Pensarea uşoară a sa determină contractura adductorilor, chiar sub anestezie profundă. în timpul liberării nervului se va avea grijă să nu se lezeze artera şi vena obturatoare satelite nervului, fapt ce antrenează hemoragii neplăcute, dată fiind profunzimea la care se aplică ligaturile.

Evidarea fosei obturatoare se întinde în profunzime pînă imediat sub nervul obturator oprindu-se la nivelul planului conjunctivo-vascular în care se găseşte plexul venos al pediculului subureteral ce acoperă faţa superioară a muşchiului ridicător anal. Tot în acest strat conjunctivo-vascular se găsesc şi nervii vezicii urinare, care provin din plexul nervos hipogastric inferior.

Insistarea disecţiei într-un plan mai profund la acest nivel poate determina hemoragii grave şi ruperea nervilor vezicali. Posterior disecţia grăsimii fosei se întinde pînă la nivelul unghiului format de vasele hipogastrice cu cele iliace externe (vezi fig. 618).

O atenţie deosebită trebuie acordată regiunii bifurcaţiei arterei iliace primitive; ţesutul gras situat în acest unghi vascular este bogat în ganglioni limfatici, motiv pentru care trebuie disecat cu minuţiozitate, pînă se va pune net în evidenţă bifurcarea arterelor şi venelor. La acest nivel, ganglionul descris de Cuneo şi Marcille, ca fiind ganglionul cheie al cancerului colului, se insinuează uneori sub bifurcarea arterei (vezi fig. 581) şi o disecţie grăbită riscă să-1 rupă şi să lase pe loc porţiunea subvasculară a lui.

Se coboară apoi cu disecţia în lungul arterei hipogastrice, scoţînd cu atenţie tot ţesutul gras şi ganglionii, mult în jos, punîndu-se în evidenţă emergenţa arterei uterine şi ombilico-vezicale (fig. 618).

După aceasta, explorăm digital ganglionii iliaci primitivi (situaţi de obicei pe marginea externă a arterei); aceşti ganglioni fac parte din grupele posterioare ale ganglionilor pelvisului şi reprezintă nodul limfatic principal al celei de a doua staţii limfo-ganglionare; dat fiind că ei sînt uşor de abordat, îi putem extirpa fără dificultate pînă la bifurcaţia aortei (fig. 619).

Ajutorul depărtează înspre aortă, cu valva bicudată Polosson, peritoneul ce acoperă artera iliacă primitivă, avînd grijă să nu traumatizeze ureterul aderent la peritoneu. Extirparea acestor ganglioni este, mai cu seamă, indicată cînd ganglionii fosei obturatorii au fost găsiţi hipertrofiaţi. In acest caz se vor controla şi eventual extirpa şi ganglionii situaţi sub artera iliacă externă (între arteră şi muşchiul psoas).

Odată limfadenectomia fosei obturatorii şi a regiunii perivasculare terminată, trebuie să se vadă în plagă muşchiul psoas, artera iliacă primitivă, artera şi vena iliacă externă în toată lungimea lor, artera şi vena hipogastrică cu emergenţa arterei uterine (extirpată) şi a vaselor ombilico-vezicale (păstrate), nervul obturator (pe toată porţiunea ce străbate fosa omonimă), periostul ramurii transversale a pubisului, muşchiul obturator intern, şi plexul venos profund al pelvisului înecat în grăsimea ce acoperă faţa superioară a muşchiului ridicător anal (vezi fig. 619).

Procedînd astfel, sîntem convinşi că am făcut o evidare radicală a grupelor ganglionare accesibile exerezei chirurgicale, grupe ce reprezintă întîia şi a doua staţie în propagarea cancerului colului, care sînt prinse şi cel mai frecvent; această evidare este relativ uşoară din punct de vedere tehnic şi exereză acestui teritoriu limfatic este bine suportată de bolnave, neînregistrîndu-se tulburări funcţionale (edemul membrelor sau o evoluţie grea postoperatoare).

Dacă există ganglioni cancerizaţi aderenţi la arterele iliace (sau la vene) nu se va forţa extirparea lor (pericol de hemoragii); ei vor fi lăsaţi pe loc dar vor fi marcaţi cu mici inele metalice (sîrmă de viplă suturate cu aţă la ţesuturi), fapt ce va permite reperarea lor postoperatorie prin radiografii, permiţînd efectuarea unei radioterapii ţintite.

Faţă de grupele ganglionare profunde (ganglionii promontorieni şi peria- ortici) am adoptat următoarea tactică: nu se extirpă restul ariei ganglionare posterioare (restul staţiei a Il-a şi a IlI-a în totalitate) în acest timp operator, deoarece extirparea ţesutului conjunctiv şi a ganglionilor respectivi este o operaţie gravă, urmată de tulburări funcţionale postoperatoare. Această evidare prelungită exagerat ascendent ar duce la decolarea ureterelor pe o distanţă prea mare (de la strîmtoarea superioară pînă la vezică), fapt ce ar predispune la fistule, stenoze sau tulburări în dinamica ureterală. De asemenea ar necesita extirparea ţesutului conjunctiv perirectal (ganglionii fosei sacro-rectale), în care sînt incluse plexurile vegetative care asigură dinamica vezicii şi rectului ampular. în afară de aceste motive, socotim că odată procesul neoplazic depăşind ganglionii staţiei I şi a Il-a ganglionare, nu mai poate fi tratat chirurgical cu intenţie de radicalitate, deoarece extirparea totală a ganglionilor grupelor posterioare devine o operaţie aproape imposibilă, din cauza condiţiilor anatomice ale acestor ganglioni.

Grupele ganglionare posterioare sînt palpate prin grosimea peritoneului, iar în caz că găsim ganglioni duri şi hipertrofiaţi îi putem eventual extirpa limitat prin incizii peritoneale, pentru a fi examinaţi histopatologic.

Această extirpare nu are atît un scop curativ, ci este necesară pentru aprecierea limitei superioare a extensiei canceroase şi a ne ajuta la fixarea unui pro gnostic mai precis bolnavei; invadarea neoplazică a acestor ganglioni modifică radical prognosticul în sens negativ. încercările ce s-au făcut de a iradia cu înalte energii aceşti ganglioni nu au fost încununate de succes, ducînd la grave complicaţii, deoarece iradierea masei intestinale subţiri determină complicaţii grave (stenoze, perforaţii, ocluzii prin aderenţe).

III. *Izolarea ţesutului conjunctiv periuterin* (parametre) *şi perivaginal* (paracolpos) după secţionarea arterelor uterine, disecţia ureterelor şi separarea acestui ţesut de restul pelvisului.

Acest timp important al limfadeno-histero-colpectomiei lărgite se execută în următoarele etape:

A. Secţionarea şi ligatura arterei uterine cu ablaţia pediculului supraureteral (sau preureteral).

B. Completarea preparării porţiunii intraparametriale a ureterului.

C. Secţionarea ligamentelor utero-sacrate.

D. *Ablaţia pediculilor subureterali* (a parametrelor şi a paracolposului).

Trebuie să precizăm că noi efectuăm toţi aceşti timpi operatori mai întîi

în dreapta (inclusiv limfadenectomia) şi apoi trecem la efectuarea lor după aceeaşi tehnică şi în stîngă pelvisului.

A. *Secţionarea şi ligatura arterei uterine cu ablaţia pediculului supraureteral al parametrului.* Ablaţia pediculului supraureteral al parametrului se execută în doi timpi operatori bine distincţi:

a) descrucişarea dintre artera uterină şi ureter sau mai bine zis descrucişarea dintre ureter (porţiunea parauterină a ureterului) şi porţiunea supraureterală (preu- reterală) a parametrului, reprezentată prin artera uterină cu ţesutul conjunctiv înconjurător şi ganglionul limfatic satelit descris de Lucas-Championniere;

b) descrucişarea dintre uretere (porţiunea lui juxtavezicală şi porţiunea supraureterală, preureterală) a ligamentului vezico-uterin (reprezentat prin paracist)56; porţiunea supraureterală a ligamentului vezico-uterin mai este denumită de unii şi pedicul vascular al cornului vezical (pedicul descris de J. L. Faure).

Momentul cel mai important îl constituie izolarea, secţionarea şi ligatura arterei uterine la ieşirea din artera hipogastrică, iar rezultatul acestor timpi operatori este punerea în evidenţă a ureterului pe toată lungimea sa pînă la intrarea în vezică.

Tehnica decurge în modul următor:

1. Punerea în evidenţă a pătrunderii ureterului în canalul ureteral al parametrului (fig. 619). înainte de a trece la ablaţia propriu-zisă a pediculului supraureteral, chirurgul va controla din nou ureterul pe tot traiectul său pelvian gata descoperit, menajînd aderenţa lui la peritoneul foiţei posterioare a ligamentului larg, punînd în evidenţă în mod vizibil locul unde el pătrunde în grosimea parametrului (canalul ureteral al parametrului).

2. Ligatura şi secţionarea arterei uterine57. Se evidenţiază în adîncimea fosei obturatoare, urmărind traiectul arterei hipogastrice, originea arterei uterine şi raporturile ei cu artera ombilico-vezicală (fig. 619). Se ştie că aceste două trunchiuri arteriale

---

56 Unii autori desemnează sub numele de paracist ţesutul conjunctiv perivezical, prin comparaţie cu parametrul. în această înţelegere paracistul este împărţit de ureter în doi pedi- culi: unul supraureteral (despre care este vorba aici); şi unul subureteral, ce nu este atacat decît în operaţiile pe cale vaginală. în fond nu există un paracist izolat, această formaţie făcînd parte din parametre (ligamentele vezico-uterine) (a se vedea fig. 577).

57 Unii autori (Thoma Ionescu, J. L. Faure, Kelly etc.) preconizează ligatura sistematică a arterelor hipogastrice în cursul histerectomiilor totale în scopul asigurării hemostazei preventive, operaţia decurgînd astfel fără riscul hemoragiilor.

Practica arată că această comportare nu creează nici o securitate chirurgului, ci numai dezavantaje. Pericolul hemoragiei în cursul histerectomiei totale este dat nu atît de hemoragiile arteriale, cît mai cu seamă de hemoragiile plexurilor venoase ale pelvisului, alimentate în special de afluxul venos al ramurilor extrapelviene ale venei hipogastrice ce colectează în mare parte sîngele venos al membrului inferior. în plus ligatura hipogastricelor duce la tulburări în nutriţia vezicii urinare, ischemiind-o. M. T. Aleksandrov şi B. V. Nifontov remarcă aceleaşi

pot porni în mod separat din hipogastrică (ombilico-vezicala situată anterior faţă de uterină) sau printr-un trunchi comun (trunchiul ombilico- uterin), sau, în rare cazuri, pot exista chiar două artere uterine (vezi fig. 583).

3. Artera ombilico-vezicală este situată mai anterior şi are o orientare oblică anterior şi intern oarecum In plan sagital, putîndu-i-se urmări traiectul spre partea laterală respectivă a vezicii urinare (axul ei fiind paralel cu axul ureteral) (vezi fig. 619). în jurul ci se găseşte un bogat plex neurovegetativ ce merge spre vezică, precum şi ţesut conjunctiv ce se prelungeşte în jos, ca o perdea (diafragmă) care închide spaţiul cuprins între artera ombilico-vezicală respectivă, marginea postcro-laterală a vezicii urinare *şt* planşeului muscular pelvian (format din muşchii ridicători anali). Chirurgul va respecta integritatea anatomică a arterei vezicale, plexul nervos satelit şi diafragma conjunctivă descrisă, pentru a menaja cit mai mult inerva(ia şi vascularizaţia vezicii. în intervenţiile mai largi, ori de cîte ori am rezecat aceste formaţiuni bilateral, evoluţia postoperatorie a fost marcată de tulburări in dinamica vezicală.

în ce priveşte afirmaţia cuprinsă în unele lucrări mai vechi, că ligatura acestor artere ar ischemia vezica, favorizlnd gangrena pereţilor, ea nu este întemeiată, deoarece vezica mai primeşte sînge şi prin arterele vezicale inferioare (ramuri colaterale ale hipogastricei) ce rămîn intacte.

Artera uterină este situată mai posterior faţă de emergenta arterei vezicale superioare şi are o orientare transversală, pornind dinspre artera hipogastrică spre uter (dispoziţie oarecum în plan frontal), axul ei fiind perpendicular pe axul ureteral (fig. 619). Ea pătrunde în grosimea ţesutului conjunctivo-vasculo-lim- fatic ce formează pediculul supraureteral al parametrului, încrucişează ureterul, trecînd pe deasupra lui şi pătrunde în uter pe marginea laterală respectivă. Pe tot acest traiect ea este însoţită de una din venele uterine (vena uterină supraureterală), ccalaltă venă trecînd pe sub ureter (vena uterină subureterală). La încrucişarea cu ureterul, artera are raporturi de vecinătate cu ganglionul limfatic satelit, prima stafie în propagarea cancerului, ganglion ce trebuie extirpat odată cu pediculul supraureteral (ganglionul Lucas-Championni&re). Tot Ia acest nivel artera uterină emite o colaterală fină, ce vascularizează ureterul în porţiunea respectivă (vezi fig. 620).

Secţiunea şi ligatura arterei uterine se vor face in imediata vecinătate a locului de emergentă din artera hipogastrică, şi numai după ce chirurgul este perfect orientat In ce priveşte raporturile formaţiilor anatomice ale regiunii (uter, artera ombilico-vezicală, artera uterină) (vezi fig. 619, cartuş).

în ce priveşte pensarea, secţionarea şi ligatura arterei uterine sînt necesare cltcva date, asupra cărora insistă W. Licpmann:

neajunsuri In urma legArii hipogastricei (ei avtnd chiar unele ca/uri de necroză a mucoasei vezicale), motiv pentru care nu o mai recomandA.

De asemenea ligatura hipogastricei duce la tulburări circulatorii intrapelvicne, care creea/d condi(ii defavorabile ţesutului conjunctiv pelvian tn ce priveşte apArarea contra infecţiei. în timpul IzolArli şi legArii arterei hipogastrlce pot fi rupte sau legate filete nervoase vezicale co drumuiesc In vecinAtatea arterei.

Wertheim nu acordA ligaturil hipogastricei nici un rol In diminuarea hemoragiei arteriale (o De curlnU am vAzut cA artera uterinA slngera tot u$a de tare chiar dupA ligatura hipogas- tricelor, ca fi cum nu s«ar fi fAcut nici o ligatura; acest fapt ne«a determinat lA nu o mai practicAm, Inceptnd cu cazul 21» - citat dupA E. Wertheim),

Cu toate aceste consideraţii, tn fata unor hemoragii mari parametriale şl imposibil de oprit, am obtinut reducerea hemoragiei prin ligatura arterei hipogastrice. AceastA ligaturA am aplicat'Q la 7 cazuri pe 4 000 histerectomii din care I 561 au fost Fimfudcno-hlitcro-colpectomli IftrgJte.

— pensarea uterinei se face numai cu pense lungi, boante, cu braţe muşcătoare puternice şi scurte, după suficientă izolare a originii vasului;

—asistentul nu va trage tare de pense, deoarece vasul se poate rupe la ieşirea din artera hipogastrică, producîndu-se hemoragii foarte greu de oprit. In acest caz operatorul va comprima între degetele mîinii stîngi artera hipogastrică sau artera iliacă primitivă, iar cu dreapta va prinde cu pensa, în timp ce ajutorul tamponează repetat bontul arterial rupt. Dacă capătul rupt a rămas prea scurt, atunci se va pensa şi lega artera hipogastrică la nivelul plăgii vasculare;

— pentru a uşura secţionarea arterei, asistentul va ridica uşor de cele două pense, ridicînd artera din patul ei. De obicei este pensată concomitent şi vena uterină supraureterală. Dacă va continua să sîngereze din vene, atunci se vor izola acestea încă o dată şi se vor pensa;

— după secţionare, ligatura capătului dinspre artera hipogastrică se va face de către operator cu fir de in rezistent (nod chirurgical corect; se poate utiliza în lipsă şi catgutul nr. 1, aplicîndu-se două ligaturi). Pentru a nu aluneca, unii autori trec firul cu acul Hagedorn, ancorîndu-1 la ţesutul conjunctiv vecin arterei (manevră inutilă în caz de pedicul arterial suficient de lung). Ajutorul va desface puţin pensa, în timp ce operatorul mai strînge încă primul nod chirurgical, fără a deplasa vîrful pensei de pe arteră, apoi se pensează din nou vasul, în timp ce chirurgul execută al doilea nod. Această manevră este necesară pentru a permite strîngerea corectă a vasului în nod şi a preîntîmpina hemoragia, în caz că firul se rupe în cursul înnodării (vezi fig. 619, cartuş);

— pensa se va suprima definitiv după înnodare, iar firul se va tăia la cîţiva milimetri; în nici un caz nu se va lăsa firul de legătură lung şi montat pe pensă, deoarece poate fi smuls în cursul manevrelor ulterioare.

Toate aceste manevre se fac în linişte, cu abilitate şi siguranţă.

Dacă din diverse motive bontul arterei uterine continuă să sîngereze puternic, ajutorul va opri hemoragia prin apăsare cu degetul (sau tampon montat pe pensă) iar operatorul va efectua în linişte ligatura arterei hipogastrice, după care va lega şi bontul uterinei, ce sîngerează de data aceasta mult mai puţin.

3. Descrucişarea pediculului supraureteral (a arterei uterine) de ureter. Celălalt capăt al arterei uterine (capătul medial), menţinut pensat, este răsturnat prin tracţiunea pensei spre uter, în timp ce chirurgul cu foarfecele bont închis sau cu decolatorul Kocher caută planul de clivaj dintre ureter şi artera uterină. în realitate descrucişarea nu se face între ureter şi artera uterină, ci între ureter şi pediculul supraureteral (porţiunea supraureterală a ligamentului cardinal), ce are la acest nivel o lăţime de aproximativ 2—2,5 cm.

Pentru acest motiv artera uterină va fi răsturnată spre uter în bloc cu tot ţesutul conjunctiv bogat în limfatice care o înconjură. Cînd se ajunge, prin decolare atentă, cu descrucişarea în dreptul ureterului, chirurgul va fi şi mai blînd în manevrele de decolare, deoarece uneori se evidenţiază în plagă arteriola hrănitoare a ureterului (fig. 620). O decolare brutală, prin smulgere, va determina ruperea acestui vas, cu formarea unui hematom disecant în grosimea tecii ureterale, fapt ce poate avea urmări neplăcute asupra vascularizaţiei ureterului la acest nivel, favorizînd diskineziile segmentare sau excepţional, chiar necroza şi fistula ureterală. Pentru acest motiv, vasul odată evidenţiat, va trebui pensat, secţionat şi legat cu fir subţire de catgut, vascularizaţia intraparietală a ureterului nemai- suferind (fig. 620, cartuş).

Se continuă disecţia ureterului (spre marginea lui internă), evidenţiindu-1 anatomic în plagă (vezi fig. 620). -

Acest mod de a descrucişa artera uterină de ureter (secţionînd artera la origine mai întîi şi apoi răsturnîndu-o spre uter) nu poate fi aplicat în toate cazurile. Sînt situaţii (femei grase cu pediculul supraureteral gros şi infiltrat inflamator sau neoplazic), în care originea arterei nu poate fi uşor pusă în evidenţă de la început, iar raporturile ei cu ureterul sînt mascate de intensitatea procesului inflamator. în aceste cazuri se va prepara întîi ureterul şi apoi se va secţiona artera uterină, procedîndu-se în felul următor:

— se va evidenţia bine locul unde ureterul intră în grosimea parametrului (canalul ureteral al parametrului);

— se va începe decolarea ureterului în interiorul canalului ureteral cu ajutorul decolatorului, sau mai bine al penselor lungi, curbe cu vîrf subţire, introduse cu mişcări blînde de înaintare şi lateralitate, pentru a nu leza adventicea sau vasele din jurul ureterului (fig. 621).

După o izolare completă a ureterului pe distanţe mici de aproximativ 1 cm, se vor pensa şi secţiona vasele din pediculul supraureteral, cît mai mult posibil în afara ureterului. In timpul pensării, ureterul este ferit prin interpunerea decolatorului Kocher între locul ce va trebui pensat şi ureter (vezi fig. 621, cartuş A). Toate aceste manevre trebuie făcute sub vederea permanentă a ureterului. Prin aceste decolări «în etape » ale ureterului şi secţiunea în afara lui, a porţiunii din pediculul supraureteral, se ajunge la artera uterină, care, după ce se izolează spre originea ei, este pensată, secţionată şi legată după normele prezentate anterior.

Odată terminată descrucişarea arterei uterine împreună cu tot ţesutul conjunctiv care formează porţiunea supraureterală a ligamentului cardinal al parametrului şi punerea în evidenţă a porţiunii parauterine a ureterului, urmează secţionarea porţiunii supraureterale a ligamentului vezico-uterin (paracistul sau pediculul vascular al cornului vezical), pentru a descoperi ureterul în ultima sa porţiune, juxtavezicală (cea de a IlI-a porţiune a ureterului pelvian) (fig. 621, cartuş B).

Este necesar ca ajutorul să depărteze cu valva Polosson vezica de uter şi vagin, anterior, în timp ce uterul este tras înspre promontoriu şi partea opusă parametrului disecat. In felul acesta paracistul este destins, încît decolatorul Kocher se poate insinua între faţa superioară a ureterului şi faţa inferioară a paracistului. Cu aceleaşi mişcări blînde, decolatorul, orientat în axul ureterului, începe să cotească intern şi îşi face loc în planul de clivaj existent, vîrful său apare vizibil în preajma vezicii urinare (fig. 622).

împingînd ureterul în jos şi intern cu decolatorul, expunem bine partea externă a paracistului, loc unde va trebui pensat, secţionat şi ligaturat. Ligatura este obligatorie, fiindcă pe aici trec vasele cornului vezical (vezi fig. 621). Acum ureterul pelvian apare clar în plagă, putînd fi urmărit de la strîmtoarea superioară a bazinului pînă la intrarea în vezică (vezi fig. 623).

Este momentul de a lărgi, în sens lateral de data aceasta, eliberarea vezicii de colul uterin şi vagin, prin disecţie cu foarfecele curb bont (al doilea timp de decolare a vezicii, în desfăşurarea acestei tehnici).

Wertheim foloseşte indexul în decolarea pediculului supraureteral de ureter (vezi tehnica Wertheim, fig. 639, cartuş B). Gestul chirurgical a şi luat denumirea de « manevra Wertheim».

Decolarea digitală ar fi, după Wertheim, mai inofensivă pentru ureter decît cea instrumentală.

Totuşi, decolarea instrumentală «în etape», după tehnica prezentată mai sus, se arată total inofensivă pentru vitalitatea ureterului, şi mult mai eficientă în ceea ce priveşte descoperirea ureterului juxta vezical. ,

B. *Completarea preparării porţiunii intraparametriale a ureterului.* Rezultatul timpilor operatori precedenţi a fost expunerea ureterului în porţiunea sa intra- parametrială, pînă la intrarea în vezică. Prin secţionarea arterei uterine, a vaselor din paracist şi descrucişarea pediculului supraureteral, manşonul arterio-venos în care e învelit ureterul pe tot parcursul său intraparametrial, a fost deschis.

Pentru a putea extirpa o zonă suficient de largă din pediculul subureteral este necesară completarea preparrii ureterului la acest nivel, decolîndu-1 din acest manşon vascular şi conjunctiv (cu foarfecele bont închis sau decolatorul Kocher), eventual secţionînd cu prudenţă, la distanţă de ureter, posibilele tractu- suri fibroase ce se găsesc între acesta şi pediculul subureteral (vezi amănunte la timpul operator: ablaţia pediculului subureteral).

La prepararea şi decolarea porţiunii intraparametriale a ureterului (pe o lungime de aproximativ 4 cm) chirurgul trebuie să respecte următoarele condiţii tehnice:

a)să nu se jupoaie ureterul, ci să fie decolat, păstrîndu-se neatinsă teaca vasculo-neuro-conjunctivă proprie a ureterului. Pentru aceasla chirurgul trebuie să caute cu atenţie planul de clivaj natural ce există între teaca proprie a ureterului şi ţesutul conjunctiv al parametrului. Nerespectarea acestui amănunt tehnic poate duce la lezări ale venelor manşonului vascular periureteral (venele intraparametriale), urmate de hemoragii neplăcute, dacă se forţează decolarea în afara acestui plan natural de clivaj precum şi la lezări ale ureterului, dacă se forţează decolarea înlăuntrul acestui plan (spre teaca proprie a ureterului).

Jupuirea ureterului de teaca sa predispune la următoarele complicaţii în evoluţia postoperatorie:

— fistule ureterale prin necroza pereţilor, consecinţă a întreruperii circulaţiei intratecale. Se ştie că ureterul are o vascularizaţie în mod esenţial bipolară, vasele anastomozîndu-se «în plin canal» în teaca conjunctivă proprie ureterului;

— asinergie în peristaltica ureterală prin întreruperea inervaţiei proprii tecii ureterale. Aceste tulburări în dinamica ureterală explică distensiile bazinetale şi atonia ureterală postoperatorie, factor favorizant al infecţiei urinare (fapt pus în evidenţă experimental pe cîine de către Marion);

— favorizează strangularea ureterală postoperatorie, în cicatricea formată în pelvis. Menajarea tecii ureterale asigură o protecţie eficace contra acestei strangulări.

Trebuie remarcat faptul, evidenţiat încă de Wertheim, că teaca ureterală este « extraordinar de rezistentă faţă de invazia canceroasă», aşa că păstrarea tecii intactă, chiar în parametre infiltrate neoplazic, unde a fost necesară o sculptare a ureterului în plin ţesut canceros, nu ar fi un factor important generator de recidivă;

b) ligaturile plasate pe ţesutul conjunctiv parametrial să nu determine cuduri ale ureterului. Cum hemostaza patului ureteral parametrial trebuie făcută cu multă grijă, se vor prefera pediculii mici, care nu îngrămădesc în ligatură ţesuturile periureterale. O ligatură de bont vascular plasată vicios, prea în apropierea ureterului, prinzînd prea mult ţesut dintr-odată, poate determina uşoare cuduri ale ureterului sau genera ulterior o cicatrice dură, factori de tulburare a dinamicii ureterale.

Cea mai neînsemnată cudură, cel mai mic obstacol în cursul peristaltismului ureteral, poate favoriza o uretero-hidronefroză (situaţie întîlnită uneori cînd se peritonizează pelvisul forţat, timp ce poate antrena o cudură a ureterului prin tracţiunea peritoneului pelvian);

c) ureterele nu se vor cateteriza în vederea preparării lor prin disecţie. Sînt unii chirurgi (Figarela ş.a.) care operează cu sonde ureterale introduse preoperator transvezical, pentru a pune în evidenţă mai uşor ureterul (ureterul se palpează în acest caz ca un cordon rigid). Această manevră este inutilă şi chiar nocivă. Inutilă, fiindcă, printr-o tehnică corectă, ureterul poate fi pus foarte bine în evidenţă, nefiind posibilă lezarea sa. Nocivă, fiindcă sondele uşurează lezarea epiteliului ureteral în cursul manevrelor, fapt ce predispune la infecţii pielice postoperatorii.

Decolarea şi urmărirea porţiunii terminale (intraparametriale) a ureterului nu se vor face pe marginea lui externă ci pe marginea internă. Insistăm în mod deosebit asupra acestui amănunt de tehnică. în prima porţiune a ureterului pelvian (porţiunea de la strîmtoarea superioară pînă la intrarea ureterului în canalul parametrial), disecţia (decolarea) s-a făcut urmărind marginea externă a ureterului, menajînd obligator aderenţa sa naturală la peritoneul pelvian; în ultimele două porţiuni ale ureterului (porţiunea parauterină şi porţiunea juxtavezicală ce au o lungime de 3—4 cm)< ce străpung parametrul dinspre posterior spre vezică par-curgînd aşa-numitul « canal parametral al ureterului», disecţia (decolarea) se va face urmărind marginea internă a ureterului (fig. 623).

Este ştiut că ureterul în porţiunea sa intraparametrială nu are o direcţie dreaptă (postero-anterior) ci descrie o curbură cu convexitatea externă, avînd tendinţa să îmbrăţişeze vaginul. Deci, în timpul decolării (disecţiei) ureterului în această porţiune se va avea grijă ca vîrful foarfecii să nu secţioneze ureterul, accident uşor de evitat, dacă disecţia ureterului se face «la vedere» (disecţia oarbă fiind periculoasă).

Decolarea ureterului paravezical urmărind marginea lui internă se va face pînă se ajunge la vărsarea ureterului în vezică; chirurgul nu va trebui să insiste la evidenţierea unghiului format de marginea internă a ureterului şi peretele postero-lateral al vezicii urinare. Depărtătorul Polosson şi foarfeca lungă curbă sînt de mare folos în efectuarea acestor disecţii delicate.

Funcţionalitatea şi trofica ureterului sînt mai bine protejate dacă se lasă în jurul porţiunii terminale a joncţiunii uretero-vezicale un mic con de 3—4 mm format din ţesut parametrial cu baza spre peretele vezicii (fig. 624). Insistăm asupra acestui detaliu de tehnică.

în nici un caz ureterul terminal nu va fi disecat pe marginea sa externă; disecat numai pe marginea sa internă el îşi păstrează legăturile vasculare cu ţesuturile dinafara (externe) ureterului, fapt ce-i garantează păstrarea unei perfecte troficităţi. Un ureter terminal disecat atît pe marginea externă cît şi pe marginea internă şi separat de suportul conjunctivo-vascular subiacent reprezentat prin 1/3 externă a pediculului subureteral, duce la «telefonarea ureterului», situaţie ce implică complicaţii grave: tulburări de peristaltică, stenoze, sau devitalizări urmate posibil de fistule.

După prepararea ureterului prin tragerea lui spre înafară |g| depărtătorul Polosson apare în jurul uterului întreg « retinaculum uteri» adică întreg ţesutul conjunctiv pelvian dispus sub forma unui evantai fiind alcătuit din cele trei ligamente principale: ligamentul utero-sacrat, ligamentul cardinal Mackenrodt (parametrul) şi ligamentul utero-vezico-pubian (paracistul). Acestea vor fi secţionate rînd pe rînd cît mai departe de uter (fig. 625), după o tehnică pe care o descriem în continuare.

C. *Secţionarea ligamentelor utero-sacrate**. Prin mobilizarea posterioară a uterului se uşurează mult timpul operator următor: ablaţia pediculilor subureterali.

1. Secţionarea foiţei peritoneale posterioare a ligamentelor largi şi a fundului de sac recto-uterin. Uterul este tras de ajutor anterior, spre simfiză şi înspre partea opusă porţiunii în care vrem să secţionăm peritoneul şi ligamentul uterosacrat. în felul acesta se expun rectul, fundul de sac recto-uterin şi faţa posterioară a uterului, punîndu-se în tensiune ligamentele utero-sacrate, ce apar vizibil, pornind de la uter şi îmbrăţişînd feţele laterale ale rectului (fig. 626). Operatorul ridică cu pensa foiţa posterioară a ligamentului larg, punînd-o în tensiune şi expunînd toată suprafaţa ei. Se incizează această foiţă în aşa fel, ca să se menajeze coalescenţa ei la ureter, păstrîndu-se cît mai mult din suprafaţa ei, material necesar peritonizării; incizia începe sub bontul ligaturii pedicululuilombo-ovarian, este apoi prelungită spre ligamentele utero-sacrate, ferind ureterul de a fi secţionat, ajungînd pînă în fundul de sac recto-uterin, care este incizat just la acest nivel. La fel se procedează şi cu foiţa posterioară a ligamentului larg de partea opusă.

Deschiderea spaţiului decolabil recto-utero-vaginal este mult uşurată prin tracţionarea ascendentă a rectului şi « ascensionarea» fundului de sac peritoneal Douglas. Ajutorul (situat în dreapta bolnavei) introduce mîna stingă prevăzută cu o mănuşă de aţă (pentru a împiedica deraparea mănuşii de cauciuc), degetele atingînd fundul de sac Douglas; rectul este presat pe sacru şi ascensionat, odată cu el fiind ascensionat şi fundul de sac recto-uterin. Uterul este tras de operator în sus şi spre simfiza pubiană, iar reciul este tras în sus şi împins cît mai spre sacru. în felul acesta fundul de sac recto-uterin se lărgeşte mult prin îndepărtarea utero-vaginului de rect. în aceste condiţii peritoneul fundului de sac poate fi incizat fără riscul de a se putea inciza rectul, care este dealtfel protejat şi de un strat gros de grăsime.

Incizia peritoneului se face just în fundul de sac peritoneal mai aproape de uter decît de rect. După incizia peritoneului începe decolarea rectului de uter- vagin.

2. Decolarea rectului de uter-vagin şi izolarea ligamentelor utero-sacrate. Odată deschis corect spaţiul decolabil dintre aceste organe, se împinge disecţia mult în jos (aproximativ 5—6 cm sub nivelul fundului de sac Douglas) cu foarfecele bont curb închis, vîrful foarfecelui menţinîndu-se pe planul utero- vaginal. Decolarea este nesîngerîndă, operatorul evitînd rătăcirea foarfecelui spre grăsimea perirectală (manevra de decolare se poate executa şi cu tamponul montat sau cu indexul).

Totodată, se vor pune în evidenţă pe toată lăţimea lor ligamentele uterosacrate, prin decolarea acestor formaţiuni de feţele laterale ale rectului. în felul acesta decolarea rectului interesează nu numai faţa anterioară a lui, ci şi feţele laterale. Se evită disecţia ligamentelor utero-sacrate pe faţa lor externă, pentru a nu leza plexul nervos pelv'an.

3. Secţionarea ligamentelor utero-sacrate. Ligamentele utero-sacrate, menţinute în stare de tensiune prin tracţiunea exercitată pe uter, sînt pensate (deoarece conţin vase), secţionate şi ligaturate cu fire de aţă trecute cu acul prin trans- fixie (împiedică deraparea firului înnodat) (fig. 627). Se recomandă o ablaţie largă a lor, fără a le extirpa în întregime.

Rezecţia acestor ligamente, care sînt de fapt căi secundare de propagare a cancerului, în comparaţie cu ligamentele cardinale, nu trebuie făcută decît pînă la cel mult 2—3 cm de inserţia lor pe sacru. O extirpare totală a lor riscă să antreneze şi extirparea plexului vegetativ hipogastric inferior (fig. 628). Extirparea plexurilor hipogastrice predispune la tulburări funcţionale vezicale postoperatorii (retenţie, atonie vezicală). Imediat după secţionarea acestor ligamente, uterul capătă o mobilitate exagerată, ce va fi folosită în expunerea pediculilor subureterali care urmează a fi rezecaţi.

D. *Ablaţia pediculilor subureterali.* Ajutorul îndepărtînd lateral ureterul cu valva Polosson, iar operatorul trăgînd de uter în sus, pediculii subureterali ai parametrului sînt evidenţiaţi prin punerea lor în tensiune. Fiind o cale principală în difuzarea cancerului colului uterin, chirurgul trebuie să acorde o importanţă deosebită extirpării lor.

Pediculul subureteral fiind foarte bogat vascularizat, acest timp oferă dificultăţi. Atacat fără cunoştinţe anatomice asupra traiectului venelor din interiorul lui, poate duce la hemoragii mari, ce sînt cu greu stăpînite (plasarea a numeroase pense îngreunează orientarea în cîmpul operator).

Pentru izolarea marginii anterioare a pediculului subureteral se foloseşte spaţiul avascular dintre vezica urinară şi marginea anterioară a ligamentului cardinal.

Pentru izolarea marginii posterioare, se foloseşte spaţiul avascular dintre marginea posterioară a ligamentului cardinal şi rect (vezi fig. 573 şi 574).

Aceste manevre se fac fie prin introducerea foarfecelui bont închis, fie a indexului în adîncimea acestor spaţii, pînă la planul ridicătorilor anali. Ţesutul conjunctiv cuprins între aceste decolări este pediculul subureteral; venele au o direcţie în plan frontal în interiorul pediculului, mergînd de la partea laterală a uterului spre pereţii laterali ai pelvisului (vezi fig. 573).

în timp ce ureterul decolat într-un timp anterior este tras cu o valvă Polos- son în afară, chirurgul trage de uter în sus şi în spre partea opusă, expunînd astfel pediculul subureteral în cea mai mare parte.

Cînd, după îndepărtarea lateral-externă a ureterului, se constată că pediculul subureteral este puţin lat, nu prea gros şi slab, pensarea lui laterală se poate face cu o singură pensă (pensă curbă, cu braţe scurte, puternice, aşezată cu concavitatea spre uter) (fig. 629). Cînd este lat şi gros, se recomandă pensarea lui (în etape) cu mai multe pense.

După secţionare, ligaturile se vor face pe pense, dacă pediculii sînt subţiri şi au suficientă lungime pentru a permite aplicarea firului, sau firele se vor trece cu acul Hagedorn prin transfixie, dacă pediculii sînt groşi şi nu se exteriorizează. Netransfixierea firelor în asemenea cazuri poate duce la hemoragii postoperatorii foarte grave, prin alunecarea nodului (fig. 629-cartuş A).

întinderea exerezei pediculului subureteral va fi în funcţie de:

— stadiul leziunii, apreciat clinic şi intraoperator;
— iradierea sau neiradierea preoperatorie.

în caz de neiradiere preoperatorie obişnuiesc a scoate 2/3 interne din ambii pediculi subureterali, indiferent că sîntem în faţa unui caz din stadiul I sau al II-lea. Treimea externă a acestor pediculi va fi lăsată întotdeauna pe loc, pentru a nu rezeca ramurile nervoase ale plexului hipogastric care merg la vezică şi pentru a asigura un suport conjunctivovascular ureterului (fig. 630).

In caz de iradiere preoperatorie (radiu, perle de cobalt), lărgirea exerezei depinde de stadiul clinic al leziunii:

— în stadiul I (mai ales în acele cazuri în care nu s-au găsit ganglioni intraoperator) obişnuim a rezeca jumătatea internă a pediculului subureteral (para- colposul autorilor germani), fără luxarea exagerată laterală a ureterelor;

§j| în stadiul al II-lea rezecăm 2/3 interne ale pediculului subureteral, care era infiltrat neoplazic înainte de iradiere; din pediculul opus, neinfiltrat, se va rezeca numai 1/2 internă.

Pentru buna funcţionare a ureterelor, extirpările parţiale şi nu totale ale pediculului subureteral au o mare importanţă, deoarece în aceste cazuri (exereză limitată la 2/3 interne) ureterul nefiind complet luxat din patul său conjunctiv (format de pedicului subureteral), ci numai îndepărtat lateral cu valva Polosson, îşi păstrează suportul conjunctiv necesar, evitîndu-se astfel stenozarea lui în cicatricea pelviană postoperatorie (vezi fig. 629 — cartuş B). Extirparea completă a pediculului subureteral ras cu peretele pelvian, presupune «telefonarea ureterului» cu urmările grave cunoscute (stenoze etc.) (vezi fig. 629 — cartuş C).

Este permisă această rezecţie parţială a pediculilor subureterali, fiindcă iradierea preoperatorie (în special radiul) asigură o sterilizare oncologică eficace a lor. Santy şi Dargent au propus să nu se mai extirpe pedicului subureterali în caz că s-a făcut bolnavei iradiere preoperatorie. Ei fac o simplă histerectomie totală, completată cu evidarea ganglionară a pelvisului. Pediculii subureterali vor fi iradiaţi şi postoperator. Alţi autori (Lurie din Kiev, Taussig) au atît de mare încredere în sterilizarea oncologică a colului şi a pediculilor subureterali prin radiu, încît completează iradierea cu o largă limfadenectomie a pelvisului (uterul şi parametrele răminînd pe loc).

In Institutul Oncologic din Cluj-Napoca nu avem experienţa acestor atitudini conservatorii, practicîndu-se histerectomia totală lărgită după principiile expuse mai sus.

IV. *Prepararea şi secţiunea vaginului.* Extirparea largă a vaginului este obligatorie în tratamentul chirurgical al cancerului colului uterin, indiferent dacă bolnava a fost sau nu iradiată. Se ştie că 1/3 superioară a vaginului formează o unitate limfatică cu colul uterin, prin faptul că reţeaua limfatică vaginală comunică larg cu aceea a colului.

Întinderea colpectomiei (după radiumterapie preoperatorie) variază după stadiul clinic:

— în stadiul I, al II-lea (forma parametru) sau al III-lea (forma col-ganglioni) este indispensabilă extirparea 1/3 superioare a vaginului (aproximativ 3—4 cm lungime);

— în stadiul al II-lea (forma vagin) este necesară extirparea a mai mult de jumătate din vagin, iar în stadiul al III-lea (forma vagin) se impune colpectomia totală. Dacă nu s-a practicat radiumterapia preoperatorie, extirpările vor fi mai largi.

Pentru a se face colpectomia în bune condiţii tehnice este necesară o bună preparare a vaginului prin eliberarea acestuia împreună cu ţesutul conjunctiv perivaginal (paracolposul). Pentru aceasta se completează decolarea vezicii pînă la aproximativ 2 cm sub nivelul viitoarei linii de secţiune a vaginului (al treilea timp de decolare a vezicii, în desfăşurarea acestei tehnici). Cu o mînă operatorul trage uterul în sus (spre promontoriu), iar cu cealaltă disecă vezica de vagin. Valva Polosson, mînuită de ajutor, este de folos pentru a îndepărta anterior vezica. Decolarea se poate face cu tamponul montat sau cu foarfecele curb bont închis, vîrful foarfecelui păstrînd tot timpul contactul cu peretele vaginal (plan avascular; meşarea preoperatorie a vaginului este de un real folos, dînd o rezistenţă caracteristică pereţilor acestuia). Rătăcirea vîrfului foarfecelui spre vezică riscă perforarea ei.

Se completează decolarea posterioară a vaginului, separarea rectului făcîn- du-se în profunzime mai bine cu tamponul montat, care urmăreşte îndeaproape peretele posterior vaginal, expus vederii, prin tracţiunea uterului spre simfiza pubiană.

Decolarea laterală este deja făcută din timpul anterior (secţiunea pediculilor subureterali); dacă este insuficientă, se poate completa prin secţiunea între pense a ţesutului conjunctiv para vaginal la distanţă de uter (se urmează aceeaşi tehnică ca în ablaţia pediculului subureteral).

Odată vaginul izolat de jur împrejur, se completează hemostaza, ligaturile făcîndu-se cu catgut, în pelvis nemairămînînd nici o pensă hemostatică.

Urmează primul timp septic al operaţiei: secţiunea vaginului.

Este necesară izolarea pelvisului cu un cîmp mic de tifon aşezat în spaţiul recto-vaginal, fără a fi mascat cilindrul vaginal eliberat. Infirmiera trage meşa din vagin şi chirurgul controlează din nou palpator gradul de infiltrare a vaginului, nivelul colului şi lungimea de cilindru vaginal eliberat.

Pentru a se evita scurgerea secreţiilor uterine în lumenul vaginal, se va pensa vaginul cu pensa «L» imaginată de Wertheim, plasată pe vagin imediat sub colul uterin (fig. 631). După secţionare, lumenul vaginal este curăţat cu un tampon montat pe pensă. Nu folosim tinctura de iod, fiind caustică. Atragem atenţia că marginile laterale ale tranşei de secţiune vaginale pot sîngera abundent, paracolposul fiind foarte bine vascularizat. Hemostaza va fi făcută cu fire de catgut trecute prin transfixie cu acul prin marginile laterale ale vaginului (vezi fig. 631).

în Institutul oncologic practicîndu-se drenajul pelvisului pe cale abdominală (şi nu pe cale vaginală), tranşa de secţiune a vaginului este închisă ermetic printr-un surjet cu fir gros de catgut (vezi fig. 632); în felul acesta se împiedică infectarea ţesutului conjunctiv pelvian, consecinţă a lăsării deschise a tranşei vaginului septic.

V. *Instituirea drenajului şi sutura peretelui abdominal* (probleme ale drenajului şi peritonizării pelvisului). Problemele ridicate de instituirea drenajului pelvisului şi a peritonizării după o operaţie atît de laborioasă (limfadeno-histero-colpectomia) ne-au preocupat îndeaproape în ultimii 30 de ani (din 1949) de cînd lucrăm exclusiv în chirurgia cancerului.

Dacă am citi literatura chirurgicală de acum 40—50 ani am constata că aceste probleme, în special aceea a drenajului, erau încă nerezolvate, mortalitatea prin septicitate, în special peritonită, era foarte ridicată (între 15—30%). De atunci şi în special apariţia antibioticelor au permis codificarea acestor probleme, mortalitatea reducîndu-se aproape la 0%.

Am verificat în peste o mie de cazuri toate posibilităţile de peritonizare şi drenaj recomandate de-a lungul vremii (dovadă numeroasele noastre publicaţii asupra acestei probleme) şi în prezent am ajuns la următoarele concluzii ferme:

1. Nu mai sîntem dogmatici în ceea ce priveşte obligativitatea peritonizării pelvisului. în condiţiile în care operăm astăzi, după« aseptizarea» aproape totală a colului, vaginului şi parametrelor prin radiumterapia preoperatorie şi sub protecţia antibioticelor, peritonizarea pelvisului o considerăm inutilă (mai bine zis o pierdere de timp pentru chirurg) şi de aceea în ultimii 15 ani noi am renunţat la acest timp operator.

Dealtfel, Brunschwig, unul din cei mai mari chirurgi cunoscuţi, încă din 1950 atrage atenţia asupra inutilităţii peritonizării. La Institutele oncologice din Bucureşti şi Cluj-Napoca de foarte mulţi ani nu se mai peritonizează pelvisul după această operaţie. La noi în ţară, V. Mudric a ridicat la rang de principiu neperitonizarea pelvisului.

în prezent, noi procedăm în felul următor:

a) închidem ferm tranşa vaginală, suturînd-o cu un fir lung de catgut în surjet (« fir fără sfîrşit») (fig. 632); prin legarea strînsă a capetelor firului, închidem etanş tranşa vaginală, întrerupînd orice comunicare între cavitatea vaginală (septică) şi cea pelviană (aseptică).

b) Am renunţat la peritonizarea pelvisului, lăsînd larg deschisă spre abdomen zona operată pelviană, total lipsită de peritoneu.

c) Instituim « drenajul aseptic» prin introducerea în pelvis a 2 tuburi subţiri (0,5 cm diam.) de cauciuc (cauciuc natural alb şi moale), cîte un tub în fiecare fosă obturatoare pentru a asigura drenajul limfatic de la acest nivel (fig. 633).

Extremitatea liberă a tuburilor este exteriorizată suprapubian (fig. 633). Dacă hemostaza a fost bună în fosele obturatorii, atunci utilizăm numai un singur tub de dren, aşezat deasupra bontului vaginal şi exteriorizat, suprapubian. In toate cazurile introducem în fosele obturatorii şi în zona bontului vaginal antibiotice (1 g. streptomicină şi 1.000.000 U.I. de penicilină sub formă de pulbere). Aşezăm deasupra pelvisului neperitonizat şi pe deasupra tuburilor de dren colonul sigmoid desfăşurat, fără a-1 sutura la pereţii pelvisului (fig. 633, cartuş A); apoi aşezăm ordonat ansele intestinale şi pe deasupra lor tragem epiploonul.

d) Refacerea peretelui abdominal se execută într-un singur strat, cu fire izolate nerezorbabile. Acul trece dintr-o dată prin peritoneu şi teaca muşchilor abdominali la cca 2 cm înafara inciziei de laparotomie. Eliminînd sutura în strat separat a peritoneului, scurtăm mult timpul operaţiei, realizînd totodată o sutură rezistentă («monobloc») a peretelui abdominal[58]. Neperitonizarea pelvisului şi « sutura monobloc» a peretelui abdominal scurtează cu aproximativ o oră timpul intervenţiei operatorii.

2. Atragem atenţia că tuburile de drenaj trebuie exteriorizate din abdomen la 3—4 cm deasupra extremităţii inferioare a inciziei, ce coincide de altfel cu simfiza pubiană. Această măsură este luată pentru a asigura o cicatrizare mai rapidă a plăgii de laparotomie după suprimarea tuburilor de dren; extragerea tuburilor de dren se va face atunci cînd asistăm la o reducere apreciabilă a cantităţii de secreţii drenate (a 5—6-a zi postoperator). Exteriorizarea tuburilor strict suprapubian, întîrzie cicatrizarea la acest nivel, probabil prin vecinătatea imediată cu spaţiul Retzius care se poate infecta mai uşor; de asemenea, pansamentul are tendinţa de a se «ridica», tuburile rămînînd dezgolite, fapt care favorizează infecţia.

Cum se comportă un pelvis neperitonizat şi cum funcţionează «drenajul aseptic»? Care sînt avantajele lui?

Un chirurg care nu are practica acestui «drenaj aseptic» poate rămîne uimit că pelvisul rămîne total neperitonizat. Ce se întîmplă cu limforeea şi sînge- rările vastului cîmp operator ?

Ele nu vor determina o peritonită în ascensiunea lor spre marea cavitate abdominală ? Nu se vor naşte aderenţe necontrolate, urmate de posibile ocluzii, între masa intestinală şi fundul pelvisului capabil să contracteze aderenţe în orice punct al său ?

Practic nu se întîmplă nici una din aceste complicaţii aparent «logice». Faldul sigmoidian, desfăşurat şi aşezat peste întreg pelvisul, separă ca un dia- fragm pelvisul de marea cavitate abdominală. Ansele intestinului subţire fiind aşezate anatomic şi acoperite de marele epiploon, pînă-şi reiau peristaltica (2 zile) stau liniştite, timp în care colonul sigmoid şi mezosigmoidul contractă oarecare aderenţe laxe, întinse în suprafaţă, cu plevisul. Secreţiile rămase în pelvis nu invadează cavitatea abdominală; la fiecare respiraţie, la fiecare efort, diafragmul şi presa muşchilor abdominali exercită presiuni asupra pelvisului (prin intermediul diafragmului realizat de sigmoid şi mezosigmă), eliminînd prin tuburile de dren exudate limfohematice colectate în pelvis; de aici rezultă şi importanţa mobilizării precoce din pat — chiar din prima zi postoperator şi gimnasticii respiratorii, proceduri la care sînt supuse toate bolnavele noastre.

Chiar dacă sigmoidul nu se poate desfăşura larg şi rămîne o porţiune de pelvis (1/2 anterioară) neacoperită, ansele subţiri acoperă pelvisul şi evoluţia este fără incidente. De asemenea, trebuie să nu minimalizăm faptul că ureterele sînt imediat acoperite cu organe bine vascularizate (sigmoid, mezosigmoid, anse intestinale), fiind astfel imediat protejate contra unei ischemii induse prin disecţia forţată a ureterelor; neperitonizarea pelvisului reprezintă şi o soluţie de protejare a troficii ureterale.

Ultimul argument este, că în cele peste 1000 cazuri de limfadeno-histero- colpectomii în care nu am peritonizat, nu am înregistrat nici o complicaţie septică, nici o ocluzie, nici o fistulă ureterală, vindecarea făcîndu-se de obicei într-un interval de 10—12 zile.

Fapt important constatat de noi este regenerarea peritoneului pelvian.

Am avut ocazia să practicăm relaparotomii de control (second-look) la 6 luni — 1 an postoperator, cu care ocazie am găsit întotdeauna regenerarea peritoneului pelvin şi lipsa unui sindrom aderenţial intestinal exprimat.

După ce am văzut ce se poate întîmpla cu un pelvis neperitonizat, să analizăm ce se poate întîmpla şi cu un pelvis peritonizat şi drenat prin vagin (vezi fig. 633, cartuş B).

De foarte multe ori, peritoneul suturat se întinde prin presiunea intraabdo- minală (respiraţie, tuse, mobilizarea precoce) şi se mulează pe fundul pelvisului, evoluţia cazului fiind fără incidente. Cînd însă cortul peritoneal este suturat forţat, sub tensiune, rămîne sub el un spaţiu larg în care:

— secreţiile pot stagna şi deci se pot infecta (drenajul vaginal este septic prin natura lui);

— ureterele rămîn neprotejate şi dacă au fost ischemiate printr-o disecţie forţată, pot induce necroza şi fistula uretero-vaginală;

— ce este mai grav, este că pot ceda cîteva fire de sutură şi prin spărtura produsă în continuitatea peritoneului, se pot angaja anse intestinale ce vor trece în spaţiul dintre planşeul pelvian şi cortul peritoneal, determinînd ocluzia. Asemenea ocluzii prin cedarea suturilor de peritonizare sînt citate aproape de toţi autorii ce au experienţă în această chirurgie.

Iată prezentate succint argumentele pentru care noi am renunţat la peritonizarea pelvisului.

Am păstrat peritonizarea pelvisului numai pentru acele cazuri cînd există suspiciunea unei septicităţi pelviene; de exemplu în situaţii cînd există obligativitatea de a opera cancere de col neiradiate (deci septice) sau existenţa unor colecţii purulente anexiale sau endouterine (piometrie). Peritonizarea pelvisului se realizează de preferinţă cu surjet de catgut avîndu-se grijă să nu se prindă ureterele în sutură la nivelul strîmtorii superioare şi să nu se producă cuduri ale acestora (fig. 634). Se poate folosi şi sutura peritoneului cu fixe izolate de catgut.

Vom avea de asemenea grijă ca firul de catgut să nu se strîngă pentru a ridica cortul peritoneal, deoarece prin aceasta s-ar crea un spa{iu vast între peritoneu şi tranşa vaginală, generator de supuraţii. Este necesar ca peritoneul pelvin suturat să rămînă suplu şi să se muleze pe ţesutul celular pelvin şi tranşa vaginală, asigurînd o vindecare mai rapidă.

Drenajul, în caz de peritonizare completă a pelvisului, se va face în mod separat pentru cavitatea abdominală, un tub de cauciuc fiind introdus deasupra peritoneului suturat, tubul fiind exteriorizat suprapubian, după sutura peretelui abdominal. Pelvisul cu spaţiul subperitoneal va fi drenat prin tranşa vaginală cu ajutorul a 1—2 tuburi de cauciuc, lăsînd larg deschisă tranşa vaginului. Tuburile

58 Am constatat că eventraţiile postoperatorii apăreau mai frecvent In epoca în care refăceam peretele în straturi anatomice separate (peritoneu, teaca drepţilor, pieîe), decît In prezent, cînd suturăm peretele numai în 2 straturi: peritoneu-teaca drepţilor (primul strat) şi tegumente (al doilea strat).

de cauciuc vor fi fixate de buza posterioară a vaginului cu fire izolate de catgut subţire, care lizîndu-se a 4—5-a zi, vor determina eliminarea spontană (sau dirijată de chirurg) a tuburilor de dren.

Tuburile de dren lungi de cca 6 cm vor fi secţionate scurt, spre pelvis, pentru a nu crea relief intrapelvian (pericol de leziune de decubit asupra pereţilor rectului sau vezicii urinare); de asemenea, ele nu vor fi exteriorizate prin vulvă, pentru a se evita contaminarea lor cu fecale, fapt ce ar favoriza infecţia ascendentă. Ele vor fi secţionate la 1—2 cm mai sus de introitul vaginal.

Foarte mulţi chirurgi drenează pelvisul după peritonizare numai prin vagin; astfel, C. Andreoiu (1960) lasă larg deschis bontul vaginal (fără a introduce tuburi) pentru a asigura scurgerea liberă a secreţiilor acumulate sub cortul peritoneal pelvin.

C. Stanca (1956) introduce o meşă dinspre pelvis spre vagin, pe care nu o lasă să depăşească în sus spre pelvis tranşa vaginală decît 1 cm; meşa era extrasă prin vagin la 48 ore postoperator, ea avînd rolul să asigure beanţa tranşei vaginale, prin care ar urma să se scurgă secreţiile pelviene.

Drenajul Mickulicz, care a revoluţionat la începutul secolului marea chirurgie pelviană şi care a dus în mîinile lui J. L. Faure la scăderea mortalităţii de la 20—30% (cît avea Wertheim) la 3%, este astăzi, pe nedrept după experienţa noastră, foarte rar utilizat în practică. Noi l-am folosit cu succes în cazurile rare în care după histerectomie persistă hemoragii pe care nu le putem stăpîni, sau în infecţii evidente şi grave ale pelvisului (fig. 635).

în schimb îl folosim sistematic în pelvectomii totale sau hemipelvectomii anterioare sau posterioare (a se vedea capitolele respective). Drenajul clasic Mickulicz l-am modificat după tehnica ce urmează.

Tehnica drenajului pelvisului cu sac Mickulicz. Sacul Mickulicz se face cu ajutorul unui cîmp 50/50 cm, format din aproximativ 3—4 straturi de tifon suprapuse şi suturate între ele cu maşina de cusut (nu se utilizează numai un singur strat fiindcă se poate rupe tifonul la extragerea lui din pelvis). Cîmpul este ancorat la centrul său cu 2 fire groase de aţă care vor ajuta de tractor, cînd se va extrage sacul (fig. 635 a).

Sacul se introduce în fundul pelvisului (sau fundul de sac peritoneal a lui Douglas) cu ajutorul unei pense (fig. 635 b). După aşezarea sacului în pelvis se introduce în interiorul lui un tub de cauciuc subţire, ce va fi exteriorizat din abdomen cca 5—7 cm. Prin acest tub se va instila zilnic în pelvis 20 ml de soluţie de antibiotice (de obicei 1.000.000 U.I. penicilină şi 1 g de streptomicină). Datorită acestor instilări se evită mirosul neplăcut al drenajului Mickulicz clasic.

De o parte şi de alta a sacului, înafara lui se vor introduce 2 tuburi de cauciuc adînc în pelvis (vîrful ajungîndu-le pînă la vagin sau pînă în fundul de sac Douglas), care vor servi la drenarea secreţiilor plăgii operatorii (fig. 635 c). Tuburile vor avea perforaţii multiple. în interiorii sacului se vor introduce meşe de tifon îmbibate cu o soluţie de antibiotice. Meşele vor fi strîns presate prin împingere cu o pensă lungă pentru a umple sacul şi a determina hemostaza necesară. Se introduc 5—8 meşe de tifon lungi fiecare de 5—6 m. Capătul fiecărei meşe va fi exteriorizat din abdomen şi va fi marcat cu o ligatură de aţă. Capătul exteriorizat din abdomen al meşei a 2-a va fi marcat cu 2 fire de aţă înnodate ş. a.m.d. meşele adăugate în plus avînd ligaturi multiple indicînd numărul de ordine al lor. Eficienţa hemostazei va fi dată de compresarea justă a meşelor. Tubul central de cauciuc se exteriorizează dintre meşe. începind din ziua 3—4-a se scot o parte din meşe (meşele se vor scoate în ordinea inversă a introducerii), prima meşă introdusă scoţîndu-se ultima. în ziua a 4—5-a se scot de obicei toate meşele restante, şi tubul central. în ziua a 5—6-a se scoate şi sacul. în ziua cînd urmează să fie extras sacul se va injecta dimineaţa pe tubul central 50—60 ml soluţie ser fiziologic (unii injectează apă oxigenată diluată) pentru ca după 2 ore sacul Mickulicz să poată fi extras uşor prin tragerea de firul tractor. Unul din tuburile laterale va mai fi lăsat pe loc încă 1—2 zile, şi pe el se va injecta soluţie de antibiotice. Manevrele de extragere a sacului se fac sub anestezie generală cu Epontol (3—4 minute).

Prin introducerea zilnică de antibiotice pe tubul central, drenajul îşi pierde fetiditatea şi nu va fi aderent la ţesuturi.

Pentru a se evita aderenţa sacului la perete, unii autori (J. Quenn) introduc în prealabil foi mari de foiţă de cauciuc tapisînd pereţii pelvisului, iar sacul Mickulicz de tifon îl aplică pe ţesuturi prin intermediul acestor foiţe de cauciuc.

Drenajul Mickulicz ignorat de unii ginecologi ne-a adus avantaje imense în cazuri de hemoragii mari sau infecţii (peritonită) pelviene operate.

închiderea abdomenului. Deoarece este strîns corelată cu modul de exteriorizare a tuburilor de dren, am descris-o odată cu problema drenajului. Reamintim că noi nu suturăm în straturi anatomice peretele ci suturăm în bloc, peritoneul cu teaca muşchilor, iar pielea în strat separat. Pansamentul va acoperi bine tuburile de dren. Vezica urinară va fi drenată obligator transuretral cu sondă Foley sau Nelaton.

2. Colpo-histerectomia lărgită

Tehnica E. Wertheim modificată de C. Stanca.[59] Redăm tehnica diclată, autorului acestui capitol, personal de C. Stanca, elev al lui E. Wertheim.

1. *Laparotomie mediană pubo-ombilicală.* Stanca utilizează sistematic incizia mediană, singura care oferă cîmpul necesar. Nu recomandă incizia Pfannenstiel, deoarece aceasta cere timp mai lung pentru efectuare şi nu oferă un cîmp operator larg.

2. *Controlul operabilităţii:* Se verifică: mobilitatea uterului, infiltrarea parametrelor, ganglionii regionali etc.

Se izolează cavitatea abdominală de pelvis cu trei cîmpuri mari, fiecare avînd cîte un şnur bine fixat, de care se prinde cîte o tăbliţă numerotată[60].

3. *Incizia plicii peritoneale vezico-uterine şi decolarea vezicii.* Uterul este tras în sus şi posterior cu o pensă Museaux.

După expunerea şi incizarea plicii peritoneale, se decolează cu un tampon montat vezica de pe istmul uterin, pentru a verifica dacă procesul malign nu invadează vezica, adică dacă operaţia poate fi sau nu continuată (fig. 636).

---

59 Desenele acestei tehnici au fost făcute de P. Velluda după schiţele operatorii luate de Prof. Chiricu{ă şi revăzute de Profesorul C. Stanca (1955).
B Aceste cîmpuri vor fi numerotate de la 1 la 3. Dacă în cursul operaţiei se mai introduce vreun cîmp, acesta va purta numărul următor. La sfîrşitul operaţiei se confruntă numerele legate de cîmpurile utilizate şi cele rămase neutilizate pe masă; abdomenul nu se închide decît după ce s-au verificat numeric cîmpurile. în felul acesta nu se pot uita cîmpuri în abdomen.

60 Salvator Vuia (1896—1970), renumit ginecolog, a fost elevul lui Amreich B Halban în clinicile din Viena. Ulterior, a Înfiinţat la Arad o prestigioasă şcoală de chirurgie ginecologică pe cale vaginală. Tehnica pe care o prezentăm 1 fost redactată de I. Chiricuţă, după articolele publicate de S. Vuia şi alţi autori. Textul I foit revăzut personal de S. Vuia, iar desenele au fost executate de P. Velluda sub îndrumarea directă a Dr. S. Vuia şi I elevului **său** Dr. Pratzcr (195$). !n prezenta redactare sînt incluse şi alte date din literatură (Navratil, Shaw) ca H din experienţa personală.

Decolarea vezicii se face în mai multe reprize. La început se decolează un sfert din peretele vezical posterior, mai puţin median şi în jos, mai larg lateral spre uretere, implantarea lor vezicală trebuind să apară în plagă.

4. *Secţiunea între ligaturi a ligamentului infundibulopelvic şi rotund*, cît mai aproape de peretele abdominal (se începe întîi cu partea dreaptă). Dubla ligatură a bonturilor (fig. 637) cu fire trecute cu acul.

Se deschide parametrul drept prin desfacerea digitală a foiţelor ligamentului larg, lateralizîndu-se foiţa anterolaterală împreună cu bontul ligamentului rotund, spre peretele abdominal (fig. 638, cartuş).

Completarea inciziei foiţei anterioare pînă la incizia plicii vezico-uterine.

Foiţa posterioară a ligamentului larg este fixată cu două pense Pean, expu- nîndu-se larg ţesutul conjunctiv paramctral, vasele mari ale pelvisului şi ureterul (vezi fig. 638).

5. *Ligatura arterei hipogastrice* (eventuala limfadenectomie). Ligatura arterei hipogastrice se practică la 2—3 cm sub bifurcaţia iliacei primitive (fig. 638). Prepararea arterei se face cu decolatorul preconizat de Stanca, instrument de mare utilitate în desfăşurarea tehnicii (acest decolator are lungimea de 22 cm).

Se controlează lanţurile ganglionare periarteriale iliace, hipogastrice şi a grupului ganglionar obturator (vezi fig. 581, cartuş A). Dacă se constată infiltrarea lor, se extirpă, ajutîndu-ne cu decolatorul. Cînd ganglionii nu se văd sau nu se simt nici la palpare, ţesutul conjunctivo-ganglionar nu se extirpă*.

Se decolează fascia hipogastrică, care acoperă vasele de-a lungul arterei iliace externe, pînă la intrarea ligamentului rotund în canalul inghinal, ridicînd şi ţesutul conjuncţivoadipos pînă în apropierea vezicii. Vasele mari ale pelvisului apar descoperite.

6.*Prepararea ureterelor.* Ţinînd bine întinsă foiţa peritoneală posterioară a ligamentului larg drept cu ajutorul celor două pense Pean, se expune ureterul, care începe a fi decolat cu decolatorul, începînd de la mijlocul foiţei, în sus spre simfiza sacro-iliacă, coborînd apoi în jos pînă la intrarea ureterului în parametru.

Ureterul nu se denudează ci se decolează împreună cu teaca sa, care conţine nervii şi vasele proprii**.

Ureterul rămîne liber, complet izolat, pînă la trecerea lui pe sub pediculul vascular al arterei uterine. Se introduce în parametru un cîmp de tifon pentru hemostază. Se trece apoi la prepararea ureterului stîng după aceeaşi tehnică, apli- cîndu-se şi în acest parametru un cîmp pentru hemostază.

7.*Continuarea decolării vezicii.* Se continuă decolarea vezicii în jos spre vagin, manevrele făcîndu-se la distanţă de peretele vezical, tăind prin ciupiri mărunte cu foarfecele bont curb, în ţesutul conjunctiv vezico-vaginal, împingînd apoi în jos cu tamponul

montat în pensă. în felul acesta vom îndepărta vezica acoperită de ţesutul conjunctiv propriu, păstrînd intactă fascia vezico-vaginală ca pe un suport al vezicii, ferind-o de traumatismul decolării.

Se trece apoi la decolarea laterală (în dreapta şi în stîngă) a vezicii cu ajutorul unui tampon montat în pensă, lărgind astfel spaţiul creat şi punînd în evidenţă mai bine porţiunea juxtavezicală a ureterelor.

8.*Ligatura şi secţionarea arterei uterine.* Liberarea ureterului în porţiunea sa intraparametrială nu se poate face pînă nu se leagă şi secţionează artera uterină, descrucişînd-o de ureter.

Pentru a nu leza ureterul, se începe prepararea lui cu decolatorul, insinuat între ureter şi puntea vasculară formată de artera uterină (vezi fig. 639, cartuş A). Separarea punţii vasculare se continuă apoi prin decolare digitală, indexul fiind împins între ureter şi artera uterină, în axul ureterului, prin grosimea parametrului (manevra Wertheim), pînă pulpa degetului devine vizibilă anterior (juxta-vezical) (vezi fig. 639, cartuş B); se ridică de pe ureter artera uterină, care este legată cu aţă trecută cu acul Deschamps şi secţionată cît mai aproape de emergenţa sa din artera hipogastrică (fig. 639).

După descrucişare, ureterul apare în toată lungimea lui, eliberîndu-1 în porţiunea intraparametrială cu mici ciupiri de foarfece, practicate la distanţă de ureter.

Se procedează la fel şi cu ureterul din partea opusă.

9.*Decolarea recto-vaginală şi secţionarea ligamentelor utero-sacrate.* Prin tragerea uterului anterior şi în sus se pun în evidenţă ligamentele utero-sacrate

♦ Astăzi unii autori au adăugat la tehnica Wertheim şi limfadenectomia sistematică (Husslein), părăsindu-se vechea concepţie a lui Wertheim, de a extirpa numai ganglionii hipertrofiaţi.

** Am discutat la tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite dezavantajele tele- fonării ureterelor şi fundul de sac a Iui Douglas. Se aplică cîte o pensă curbă pe ligamente, cît mai aproape de sacru, trăgînd de pensele respective spre dreapta şi stînga; prin deplasarea laterală a ligamentelor se formează în Douglas pe linia mediană o plică peritoneală, pe care o prindem cu o pensă lungă (fig. 640). Incizăm cu foarfecele plică peritoneală mai aproape de rect decît de vagin, deoarece de rect seroasa este separată prin un ţesut conjunctiv lax bogat, pe cînd spre col şi vagin seroasa este intim aderentă, fiind greu decolabilă la acest nivel.

Se pătrunde apoi cu un tampon mic montat într-o pensă lungă în spaţiul recto-vaginal, pe care îl decolăm cu uşurinţă în jos, pînă aproape de vulvă (vezi fig. 640, cartuş). Lezarea rectului este evitată, prin faptul că nu se utilizează foarfecele în aceste manevre.

Cele două ligamente utero-sacrale apar bine puse în evidenţă, secţiunea lor se va face cît mai 1a distanţă de uter, bontul lor restant fiind legat cu fir de aţă trecut cu acul (fig. 641, cartuş A şi B).

10. *Extirparea parametrelor şi paracolposului.* Ureterele fiind îndepărtate lateral cu o valvă Doyen dreaptă, ligamentele cardinale ale lui Mackenrodt sînt larg expuse. Se continuă extirparea ligamentelor lui Mackenrodt, excizia lor mergînd dinapoi-înainte (porţiunea anterioară este aproape nevascularizată şi mult mai subţire decît cea posterioară) (fig. 641).

Excizia parametrelor şi paracolposului va fi cît mai largă, secţionîndu-le cît mai aproape de peretele excavaţiei pelviene; pentru aceasta sînt necesare aplicarea mai multor pense şi ligaturi hemostatice (firul fiind trecut cu acul Hage- dorn la baza pediculului, prins în pensă).

11. Terminarea decolării vezicii. Uterul eliberîndu-se din fixarea de pe sacru, se termină decolarea vezicii de vagin, împingîndu-se separarea pînă în treimea inferioară a acestuia, ceea ce va reuşi extrem de uşor şi fără pericole pentru vezică, dacă se lucrează mai la distanţă de ea cu foarfecele; ţesutul conjunctiv intervezico vagi nai îl împingem anterior, formînd un suport sub vezica de acum perfect decolată.

12. *Secţionarea vaginului.* Pentru efectuarea acestui timp septic, se vor lua o serie de măsuri ce tind la evitarea infectării cavităţii peritoneale şi pelvisului. în acest scop Stanca practica totdeauna extraperitonializarea terenului operator prin fixarea foiţelor peritoneale la peretele abdominal şi anume: foiţa vezico- uterină se fixează în afara plăgii la cîmpul suprapubian, foiţele anterioare ale * ligamentelor largi la arcada pubiană sau la peretele abdominal, iar foiţele posterioare la cîmpurile de izolare din dreapta şi stînga promontoriului (fig. 642).

După ce se elimină toate cîmpurile mici hemostatice din pelvis şi se desă- vîrşeşte hemostaza, se inundă cîmpul operator cu o soluţie de pencicilină diluată. In acest moment se extrage de către soră meşa din vagin.

Se deschide cu foarfecele curb peretele anterior vaginal (fig. 642) la 4— 5 cm sub col, fără a folosi pensele în L ale lui Wertheim. Imediat ce s-a creat prima breşă, se introduc meşe scurte în vagin, cu care ştergem colul şi vaginul în sus, apoi în jos, împingîndu-le în canalul vaginal; urmează imediat o badijonare cu tinctură de iod 5%.

Se lărgeşte breşa prin incizia transversală a peretelui vaginal, pînă la secţiunea completă a sa. Tranşa de secţiune se va atinge cu tinctură de iod.

Se aplică patru pense Kocher lungi pe marginile vaginului (anterior, posterior şi lateral), trecînd cu acul două fire laterale pe tranşa vaginală, pentru hemostaza arterelor ascendente vaginale; uneori sînt necesare cîte o ligatură hemostatică pe buza anterioară şi posterioară (vezi fig. 642, cartuş B).

13. *Drenajul.* Se introduce în vagin o meşă lungă, care nu va proemina însă peste nivelul liniei de amputaţie a vaginului; meşa nu este culcată în parametre, acestea rămînînd libere, ca eventualele secreţii (sînge şi limfă) să se poată scurge liber spre vagin (vezi fig. 642, cartuş B şi 643, cartuş). Meşa vaginală va fi scoasă după 48 ore; procedînd în felul acesta, nu se vor înregistra hemoragii venoase la scoaterea meşei şi se evită ruperea plexurilor venoase parametriale ce ar adera la meşă.

Stanca nu închide niciodată vaginul, socotind că prin aceasta s-ar tăia drumul secreţiilor ce se strîng totdeauna în pelvis după asemenea intervenţii, secreţii ce se pot infecta, putîndu-se ajunge la flegmoane sau abcese.

14. *Peritonizarea.* Se stropeşte din nou plaga operatorie cu o soluţie de penicilină şi streptomicină, apoi se începe peritonizarea prin suturarea foiţei peritoneale vezicale de cea rectală. Se începe cu sutura la mijloc, continuînd-o lateral prin suturarea de obicei în bursă a foiţelor anterioare şi posterioare a ligamentelor largi, înfundîndu-se sub sutură bonturile ligamentelor rotunde şi infundibulo-pelvice (fig. 643).

După terminarea primului plan de sutură (care constă în trei fire de sutură) vom mai pune cîteva puncte de sutură median şi lateral dreapta şi stînga (al doilea plan de sutură).

15. *închiderea peretelui abdominal.* Se extrag cele trei cîmpuri izolatoare, se controlează terenul operator şi se face sutura peretelui abdominal în trei planuri.

Variante tehnice

Tehnica Wertheim-Zweifel (modificată de C. Stanca). Pentru a evita infecţia peritoneului în momentul secţiunii vaginului septic şi exteriorizării piesei operatorii, Zweifel modifică tehnica Wertheim în sensul că operaţia începută pe cale abdominală este terminată pe cale vaginală.

Redăm tehnica aşa cum o practică Stanca:

- Timpul abdominal constă în efectuarea operaţiei Wertheim, aşa cum a fost descrisă anterior, pînă în momentul secţionării vaginului. Infirmiera scoate meşele vaginale şi întreaga masă utero-anexială este înfundată în micul bazin, suturîn- du-se pe deasupra peritoneul vezical la cel rectal (sutură efectuată în două straturi, cu puncte separate) (fig. 644). Procedînd astfel, uterul mobilizat devine extra- peritoneal (fig. 644, cartuş) şi abdomenul este închis fără drenaj, deoarece nu a existat nici un timp septic.

— Timpul vaginal decurge în felul următor: bolnava aşezată în poziţie ginecologică, se reface dezinfecţia vaginului cu tinctură de iod; se prinde colul cu pensa Museaux şi, trăgîndu-se energic, se realizează un adevărat prolaps total uterin, vaginul fiind întors pe dos ca un deget de mănuşă (fig. 645, cartuş A).

Se secţionează peretele anterior vaginal, cît mai departe (4—5 cm) şi, prin breşa vaginală, se exteriorizează uterul cu anexele, mobilizat total deja în timpul abdominal. Se continuă secţionarea circulară a vaginului, tranşele vaginale fiind menţinute să nu se retracte, prin pense Kocher (fig. 645).

Se termină hemostaza tranşei vaginale (mai ales în părţile laterale) cu fire de catgut ce strîmtorează totodată şi orificiul vaginal. Se introduc apoi două meşe în pelvis prin vagin, ce întrec puţin în sus tranşa vaginală, orientîndu-se spre parametre (fig. 645, cartuş B).

îngrijirile postoperatorii sînt identice cu acelea ale operaţiei Wertheim. Tehnica Latzko. în general, tehnica operatoare decurge ca în operaţia Wertheim, cu diferenţa că se extirpă aproape în totalitate ţesutul conjunctiv pelvian; se realizează o exereză largă a pediculului subureteral pînă la peretele pelvian, după îndepărtarea exagerat lateral a ureterului «telefonat» în prealabil.

3. Histerectomia abdominală lărgită cu evidare ilio-lombo-pelviană

Tehnica Thoma Ionescu. Redăm tehnica acestei operaţii după descrierea lui Thoma Ionescu. Desenele sînt cele originale ale lui T. Ionescu şi redesenate de P. Velluda.

1. *Celiotomie mediană pubo-ombilicală.* Se utilizează depărtătorul abdominal Thoma Ionescu.
2. *Izolarea anexelor. Secţiunea ligamentelor infundibulo-pelviene şi rotunde. Secţiunea ligamentelor largi.* Thoma Ionescu secţiona pediculii respectivi între două ligaturi trecute cu acul Cooper, pentru a evita alunecarea nodurilor.
3. *Ligatura arterelor hipogastrice.* Thoma Ionescu acordă importanţă acestui timp operator, considerîndu-1 obligator.
4. *Decolarea vezicii urinare de uter-vagin.*
5. *Disecţia ureterelor*; liberarea şi secţionarea arterei uterine între două ligaturi cu descrucişarea arterei de ureter.

în cursul primelor operaţii, Thoma Ionescu diseca ureterele, începînd de la strîmtoarea superioară a bazinului (care corespunde bifurcării iliacelor primitive), pînă la vezica urinară, liberîndu-le în partea posterioară de coalescenţa lor la peritoneu.

Numărul fistulelor şi stenozelor ureterale fiind crescut prin decolări atît de întinse, ulterior şi-a modificat tehnica, conservînd aderenţa ureterelor la seroasa peritoneală, neizolîndu-le decît în porţiunea lor parauterină şi juxtavezicală. Acest artificiu imaginat de Thoma Ionescu în 1900 îl utilizează după o jumătate de secol Brunschwig (1950), considerîndu-1 de mare importanţă pentru trofica ureterelor (fig. 646); Brunschwig nu-1 citează pe Thoma Ionescu, cu toate că tehnica fusese prezentată la Congrescul Mondial de Chirurgie şi Ginecologie de la Roma în 1902.

Uterină este denudată, legată şi secţionată cît mai aproape de originea sa hipogastrică (fig. 647); urmează descrucişarea (fig. 648).

6. *Incizia Douglas*-ului şi secţionarea ligamentelor utero-recto-sacrate. Decolarea utero-vagino-rectală (fig. 649).

7. *Amputarea vaginului.* Vaginul este separat în bloc cu cît mai mult ţesut conjunctiv pelvian. Această disecţie este împinsă pînă la planşeul pelvian, format din muşchii ridicători anali. Se aplică cît mai jos posibil pe vagin două pense curbe în L, vaginul fiind secţionat între pense cu bisturiul, îndepărtînd astfel piesa operatoare (fig. 650). Pensa care închide capătul inferior de secţiune a vaginului va fi menţinută pe loc, pînă se termină toate manevrele pelviene ulterioare, evitîndu-se contaminarea septică a pelvisului.

8. *Evidarea ilio-lombo-pelviană* constă în disecţia şi extirparea ţesutului conjunctiv pelvian, a foselor iliace şi lombare cu toate vasele limfatice şi ganglionii conţinuţi. De fapt acesta este timpul operator căruia Thoma Ionescu îi acordă cea mai mare importanţă şi care formează specificul acestei operaţii.

Acest timp este executat în cinci etape:

Etapa 1: Evidarea flancurilor pelvisului şi a marginilor interne ale foselor iliace, cu disecţia vaselor iliace externe, de jur împrejur a nervului obturator, arterei ombilico-vezicale superioare şi a fosei obturatoare (de ambele părţi). Disecţia este împinsă anterior pînă în spaţiul pelvi-vezical lateral, unde se găsesc ganglioni mici înecaţi într-o masă de grăsime, care sînt extirpaţi. Această disecţie, bine condusă, expune peretele profund al fosei, format din muşchii obturator intern şi ridicătorul anal, acoperiţi de fasciile lor (fig. 651).

Pentru a se vedea cît de apropiată este tehnica T. Ionescu (1896) de tehnica propusă de Brunschwig (1955), este suficient să comparăm fig. 651 şi fig. 652 prima din lucrarea lui Thoma Ionescu (1900) şi a doua din lucrarea lui Brunschwig (1955); singura diferenţă este că Brunschwig extirpînd vasele hipogastrice, în fundul plăgii apar nervii sciatici.

Etapa a Il-a cuprinde disecţia vaselor hipogastrice şi a colateralelor respective. începută de la marginea arterei iliace interne, această disecţie este urmată de sus în jos, dezgolind marile vase hipogastrice şi colateralele lor de manşonul conjunctivo-ganglionar. Această disecţie este laborioasă, mai ales pe planşeul pelvian, unde trebuie extirpată reţeaua plexului venos cu micii ganglioni limfatici sateliţi. Deseori se rănesc aceste vene în timpul disecţiei, hemoragia oprindu-se după cîteva minute de tamponament energic cu meşe; rar este nevoie să recurgem la ligatura în masă sau parţială a venelor.

Etapa a II[-a — constă în evidarea fosei sacro-rectale. Pentru acesta se ridică foiţa peritoneală posterioară a ligamentului larg din partea dreaptă, decolînd-o de sacru odată cu rectul. Prin decolarea rectului şi împingerea sa laterală spre stîngă se pune în evidenţă faţa anterioară a sacrului şi corpul vertebral L_6 (fig. 653). Se ridică tot ţesutul adipos şi ganglionii de pe marginile şi de pe faţa anterioară a sacrului.

Etapa a IV-a — constă în disecţia vaselor iliace primitive, aorta şi vena cavă inferioară. Se constată în general existenţa unui lanţ ganglionar în lungul flancului extern al arterei iliace primitive stingi, ce se continuă în sus pe flancul stîng al aortei abdominale, iar în dreapta un alt lanţ ganglionar în lungul flancului drept al venei cave. Se extirpă aceste lanţuri ganglionare, împreună cu ţesutul conjunctiv de vecinătate pînă aproape de hilul renal, seroasa peritoneală trebuind să fie decolată la acest nivel de pe peretele posterior.

în partea stîngă, putem avea dificultăţi datorită mezocolonului pelvian care, în unele cazuri fiind prea scurt şi aderent, nu ne peimite o decolare suficientă pentru a creia tunelul necesar disecţiei ganglionilor lombari. In aceste cazuri, rare, se va utiliza o cale specială pentru a aborda iliaca primitivă stîngă şi aorta în continuare; se incizează cele două foiţe ale mezoco- lonului pelvian şi se pătrunde printr-un spaţiu avascular pe marile vase, pe care le putem diseca cu uşurinţă (fig. 654).

în afară de disecţia lanţurilor ganglionare laterale care a fost descrisă, Thoma Ionescu extirpa şi ganglionii şi ţesutul conjunctiv dinaintea aortei şi venei cave, terminînd cu evidarea ganglionilor şi ţesutului conjunctiv dintre ramurile de bifurcare ale aortei la nivelul promon- toriului.

Etapa a V-a. Se evidează fosa lombo-sacrată de fiecare parte. Pentru aceasta, se ridică, trăgînd înăuntru cu depărtătorul de către un ajutor, artera iliacă primitivă şi venele corespunzătoare subiacente; se pătrunde astfel în fosa lombo-sacrată şi se ridică tot ţesutul conjunctiv şi ganglionii respectivi.

Thoma Ionescu nu se oprea cu evidarea, pînă nu curăţa complet pereţii osoşi, musculari şi vasculari ai fosei.

9. *Drenajul pelvisului prin vagin.* Acest drenaj aplicat de autor sistematic, asigura scurgerea serozităţilor secretate de marile suprafeţe denudate rămase după evidarea limfatică şi conjunctivă completă a pelvisului. El preconizează de asemenea tamponarea uşoară pentru 48 de ore a acestor largi suprafeţe pelviene denudate şi sîngerînde cu meşe exteriorizate prin vagin.

10. *Peritonizarea* se poate face în două feluri:

— cînd rămîn lambouri suficiente, se suturează direct între ele foiţa peri- îoneului vezical la peritoneul rectal;

— cînd nu mai există material peritoneal pentru peritonizare, se închide pelvisul cu ajutorul mezocolonului pelvian (tehnica aceasta de peritonizare aparţine lui Thoma Ionescu — 1899, şi nu lui Gosset, care a preconizat-o în 1909).

—

Colonul sigmoid este tras, mezoul fiind desfăşurat ca un evantai pe deasupra strîmtorii superioare a pelvisului, închizîndu-1 complet.

Marginea liberă a colonului pelvian este suturată la peritoneul iliac şi vezical, cu fire întrerupte, peritonizarea începîndu-se de la stîngă spre dreapta (fig. 655).

11. *Închiderea peretelui.* Thoma Ionescu utiliza închiderea peretelui în două straturi cu fire temporare (metalice sau setolină).

îngrijiri postoperatorii, complicaţii şi rezultate. Thoma Ionescu acordă următoarele îngrijiri postoperatoare: meşele pelviene sînt scoase la 48 ore după operaţie şi înlocuite cu o meşă care întrece cu puţin în pelvis canalul vaginal menţinut deschis, pentru scurgerea secreţiilor, pînă la cicatrizare.

Complicaţiile operaţiei Thoma Ionescu.

Cele mai de temut erau:

— celulita pelviană şi retroperitoneală hiperseptică;

—.tulburările micţiunii (retenţie de urină postoperatorie prin extirparea plexurilor nervoase hipogastrice inferioare, nervilor erectori şi inervaţiei vezicii), urmate de infecţia urinară prin staza urinilor;

— fistulele vezico-vaginale şi uretero-vaginale prin necroza acestor organe, prea mult decolate şi lipsite de suportul lor conjunctiv;

— stenoze ureterale tardive prin înglobarea ureterelor în cicatricea pelviană postoperatorie.

Mortalitatea imediat postoperatorie (în primele 30 de zile) a fost iniţial de 40%, scăzînd ulterior Ia 26%.

Toate aceste complicaţii au făcut ca o operaţie bazată pe un principiu just, acela ai limfadenectomiei, să nu fie adoptată de chirurgii epocii.

Relativ recent (1950) Ciril Popovici reia operaţia lui Thoma Ionescu şi, aducîndu-i cîteva perfecţionări tehnice, încearcă să o reactualizeze pentru stadiile al II-lea şi al III-lea ale cancerului colului uterin. Acest autor inversează timpii, începînd întîi cu limfadenectomia periaortică (pentru aceasta incizează peritoneul posterior de-a lungul marginii drepte a cecului, pe care-I răstoarnă cu mezoileonul terminal în sus, expunînd cava şi aorta) şi terminînd cu histerocolpectomia. în cazul cînd bolnava face un şoc intens intraoperator, amînă histero-colpectomia pentru o altă şedinţă. Pentru a nu avea hemoragie intraoperatorie, foloseşte procedeul descris deja în literatură, de pensare provizorie a aortei abdominale în timpul operaţiei. Pentru a evita lezarea ureterelor şi a trata eventuale fistule ureterale postoperatorii sau stenoze ureterale, foloseşte sonde ureterale introduse preoperator şi lăsate postoperator pe loc timp de aproximativ 14 zile, în care timp se administrează bolnavei antibioticele respective.

Autorul consideră că, chiar dacă apare un sfacel sau strangularea cicatriceală, lumenul ureteral este salvat şi cicatrizarea defectului asigurată prin dren^fea urinilor. Pentru a evita fistulele vezico-vaginale, foloseşte plombarea retrovezicală a pelvisului cu marele epiploon pediculizat după tehnica descrisă de Chiricuţă, drenînd pelvisul pe cale vaginală.

Cu toată reanimarea modernă şi sprijinul antibioticelor, pe 31 de cazuri, mortalitatea postoperatorie imediată a fost de 12%, iar complicaţiile urinare s-au manifestat în 29%. Cu toate aceste defecţiuni, rezultatele îndepărtate au fost încurajatoare, mai ales pentru stadiul al III-lea ganglîoni (nu toate cazurile operate au proba timpului).

în ceea ce ne priveşte, ne menţinem la punctul de vedere însuşit din practicarea operaţiilor foarte lărgite, că aceste operaţii nu trebuie recomandate a fi aplicate sistematic. Socotim mai indicată atitudinea unei operaţii mai limitate în ce priveşte exerează ganglionară (tip limfadeno- histerocolpectomia lărgită) urmată la 6 luni de o laparotomie de control, în cazul cînd s-au găsit şi extirpat ganglionii iliaci interesaţi de procesul neoplazic. Cu ocazia relaparotomizării se pot

extirpa eventualii ganglioni neoplazici rămaşi şi care au evoluat între timp. Avantajul acestei atitudini este că mortalitatea operatorie este redbsă aproape la 0%, iar prognosticul oncologic al extirpărilor secundare, făcute în timp util, este satisfăcător (second-look-ul autorilor americani).

Am redat pe larg tehnica lui Thoma Ionescu (1896) care cu toate că nu se mai practică, rămîne totuşi matca şi sursa de inspiraţie a tuturor tehnicilor de histerectomii totale cu pretenţii de radicalism excesiv: tehnicile propuse ulterior de Meigs (1944), Brenier (1951), Brunschwig (1955), Magara (1964) ş.a.

Chiar tehnica noastră de limfadeno-histero-colpectomie lărgită prezentată în acest volum are foarte multe aspecte tehnice inspirate din tehnica lui Thoma Ionescu.

4. Tehnica cervico-colpectomiei lărgite utilizată în tratamentul cancerului colului restant

Tehnica I. Chiricuţă. Extirparea colului restant cancerizat este dificilă din cauza cicatricei operatorii pelviene instalată după histerectomia subtotală.

Această cicatrice rezultată după răscolirea pelvisului prin ablaţia subtotală a uterului cu sutura tranşei de secţiune a istmului uterin la care deseori se includ şi ligamentele rotunde pentru a suspenda colul restant (procedeul Crossen) ca şi granuloamele rezultate prin firele de ligatură ale arterelor uterine secţionate şi a firelor de peritonizare, creează o masă cicatriceală pelviană ce interesează pe lîngă ureterele adiacente şi domul vezicii urinare ce cade peste colul restant, coafîndu-1 (fig. 656). Zona anatomică cea mai vulnerabilă în timpul tehnicilor de histerectomie totală lărgită, adică porţiunea intraparametrială a ureterelor, zona de implantare a ureterelor în vezică şi raporturile vezicii cu colul, este profund dereglată anatomic prin acest bloc cicatriceal postoperator.

Este de la sine înţeles că un chirurg care încearcă să intre în acest bloc cicatricea! pentru a scoate colul restant cancerizat împreună cu pediculii supra- şi subureterali ai parametrelor, fără să fie avizat asupra acestor pericole va risca să secţioneze nu numai vezica urinară, ci şi ureterele terminînd în cel mai fericit caz prin instalarea unor fistule vezico-uretero-vaginale. Este deci necesar să se abordeze acest bloc cicatriceal după o tehnică specială care să evite aceste riscuri.

Descriem tehnica pe care o practicăm noi:

Preoperator este obligatorie practicarea unei urografii. Deseori se constată uşoare uretero-hidronefroze uni- sau chiar bilaterale, devieri ale unui ureter sau chiar rinichi mut unilateral.

Vezica va fi explorată tot prin cistografii micţionale din faţă şi mai ales din profil.

Cistoscopia va da relaţii asupra fixităţii domului vezical la colul restant.

După laparotomia mediană, se explorează prin palpare amploarea cicatricii pelviene, starea ligamentelor rotunde şi mai ales modul de coafare a colului restant cu vezica.

Nu se va începe operaţia în nici un caz prin căutarea spaţiului de decolare între col şi vezică. Lezarea vezicii este sigură, dacă se va proceda astfel.

1. *Primul obiectiv al chirurgului este evidenţierea ureterelor sus*I la strîmtoarea superioară a pelvisului.

Peritoneul pelvian va fi incizat lateral, în afara ligamentelor vasculare lombo- ovariene şi se vor izola ureterele la intrarea lor în pelvis (fig. 657).

2. *Se vor urmări apoi ureterele prin disecţia atentă,* foarfeca muşcînd în ţesuturile din jurul ureterelor (menajarea la maximum a fasciei ureterale a lui Waldeyer) conducîndu-le spre implantarea lor în vezică. Se merge cu disecţia pe marginea externă a ureterului pînă se ajunge la pătrunderea ureterului în canalul parametrial (se începe cu ureterul drept şi apoi se trece la cel stîng).

3. *Disecţia ureterului în canalul parametrial,* se va face cu mare atenţie, dat fiind aspectul cicatriceal, al parametrelor. Se va practica o disecţie din aproape în aproape ajutaţi de o pensă tip Wertheim cu vîrfuri fine şi cu decolatorul Kocher. Dacă nu se poate individualiza artera uterină şi pediculul supraureteral (preure- teral) al parametrului ne vom mulţumi într-un prim timp să secţionăm ţesuturile ce acoperă ureterul (secţiuni cu foarfeca între pense cu ligaturi practicate imediat).

In final, vom reuşi să evidenţiem ureterul pînă la penetrarea lui în vezică (vezi fig. 658).

4. *Se va trece la eliberarea domului vezical din blocul cicatriceal.* Pentru aceasta este absolut necesar ca operatorul să-şi evidenţieze unghiul intern format de abuşarea ureterului şi peretele vezical. Atenţie deosebită la acest timp operator fiindcă se poate răni uşor vezica (vezi fig. 657).

Odată evidenţiat clar acest unghi, chirurgul va schimba direcţia foarfecii şi va merge cu disecţia vezicii spre linia mediană (fig. 658). Se pot întîlni o multitudine de situaţii în ce priveşte aderarea vezicii şi a coafării colului restant de domul vaginal, încît orice încercare de descriere a acestor situaţii este imposibilă. Cu o vigilenţă crescută, chirurgul va libera peretele posterior al vezicii şi mai ales domul vezical din blocul cicatriceal căutînd spaţiul de decolare (dispărut adeseori) de colul restant.

Odată reuşită eliberarea vezicii, de partea dreaptă se va trece la realizarea aceloraşi timpi operatori şi de partea stîngă.

Urmează apoi eliberarea rectului din blocul cicatriceal al colului restant. Decolarea rectului, care nu este întotdeauna prins în blocul cicatriceal, este mai uşoară (fig. 658, cartuş).

Odată ce chirurgul a evidenţiat organele cu risc mare lezional, adică ureterele (de la strîmtoarea superioară a bazinului pînă la intrarea lor în vezică) şi eliberarea vezicii din blocul cicatriceal, se va începe abia acum exereză oncologică după principiile expuse Ia tehnica limfadeno-histerocolpectomiei lărgite (L.H.C.L.). Enumerăm doar timpii operatori.

5. *Izolarea şi extirparea pediculului supraureteral cu ligatura arterei uterine la originea ei* din artera hipogastrică.

6. *Extirparea ligamentelor utero-sacrate* şi a pediculilor subureterali (retina- culum uteri), după principiile şi cu tehnica descrisă deja la L.H.C.L.

Dacă sîngerarea e mare se vor lega la nevoie arterele hipogastrice.

7. *Prepararea vaginului şi extirparea porţitmii superioare* (întinderea exerezei în funcţie de stadiul bolii). Sutura strînsă a tranşei vaginale cu surjet de catgut. Chirurgii schimbă mănuşile (timp septic).

8. *Limfadenectomia pelvisului* după principiile şi tehnica expuse la operaţia L.H.C.L. Se vor extirpa ganglionii iliaci externi, obturatori, retrocrurali, hipogastrici şi iliaci primitivi.

9. « *Drenajul aseptic*» al pelvisului cu 2 tuburi de cauciuc exteriorizate suprapubian. Antibiotice pulbere în bazin (penicilină-streptomicină). Noi nu am peritonizat niciodată pelvisul după cancere iradiate. Se aşază corect faldul colonului sigmoid pentru a acoperi pelvisul lipsit de peritoneu.

10. închiderea peretelui abdominal după tehnica descrisă.

11. Pansament bogat.

REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL RADICAL (OPERAŢII EFECTUATE PE CALE ABDOMINALĂ) ÎN STADIILE OPERABILE IB Şl II ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Nu mai repetăm statisticile diferiţilor autori; ele pot fi consultate la capitolele: «Rezultatele tratamentului exclusiv chirurgical» (pag. 647); «Rezultatele tratamentului radio-chirurgical asociat» (pag. 652).

HISTERECTOMIILE LĂRGITE EFECTUATE PE CALE VAGINALĂ

TEHNICA HISTERECTOMIEI TOTALE RADICALE PE CALE VAGINALĂ ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN. (Tehnica Schauta-Sttfckd-Amreich, modificată de S. Vuia)*

Indicaţii. Au fost discutate la capitolul «Indicaţia terapeutică în cancerul colului».

Chirurgi de autoritate şi cu mare experienţă în cancerul colului ca Stdckel, Amreich, Atabekov-Schroeder, Navratil, S. Vuia, au utilizat-o larg în tratamentul cancerului colului uterin din stadiile I şi II (excepţional în stadiul III).

în ceea ce ne priveşte, fiind convinşi de necesitatea unei chirurgii largi de sistem, preferăm histerectomiile pe cale abdominală.

Pregătirea preoperatorie. Nu diferă de aceea a histerectomiilor pe cale abdominală.

Este de recomandat a se aseptiza vaginul şi colul neoplazic; clismarea şi sondajul vezical preoperator sînt obligatorii.

Instrumentar: pe lîngă instrumentele obişnuite unei intervenţii mari ginecologice, mai sînt necesare: două valve vaginale «în baionetă», două valve Doyen (cu lama de 10—14 cm), o valvă vaginală autostatică (cu greutate) ce va servi la depărtarea peretelui posterior vaginal, două port-ace Mathieu lungi de 20—24 cm, ace Hagedorn mici şi cu curbură accentuată. Este absolut necesar un reflector scialitic, care se aşază în spatele operatorului, pentru a lumina întreg cîmpul operator perineal.

Anestezia: anestezie generală cu Ketalar sau anestezie peridurală sau rahianestezie.

Poziţia bolnavei şi a chirurgilor: bolnava este aşezată în poziţie ginecologică, coapsele fiind puternic flectate pe abdomen (pentru aceasta este necesar ca suporturile mesei să fie prinse în fixatori mobili). După badijonarea tegumentelor şi vaginului cu tinctură de iod, membrele inferioare ale bolnavei sînt izolate cu « ciorapi» sterili de pînză, care cuprind dintr-o dată atît membrele, cît şi suportul metalic al mesei, fiind traşi la nivelul şanţului genito-crural.

Abdomenul şi muntele lui Yenus sînt acoperite, pînă în regiunea clitoridiană, cu cîmpuri sterile iar posterior cîmpul este fixat la nivelul rafeului ano-vulvar, în partea stîngă lăsîndu-se un cîmp tegumentar mai larg, în formă triunghiulară, pentru a putea practica incizia paravaginală.

Operatorul se aşază între picioarele bolnavei pe scaun, ajutat de doi asistenţi ce stau în picioare de o parte şi de alta şi de o soră instrumentară.

Tehnica operatorie. Histerectomia radicală vaginală comportă două faze: una premergătoare şi a doua, operaţia propriu-zisă. Prima fază se execută tot sub anestezie şi constă din îndepărtarea ţesuturilor canceroase, prin excoclearea tumorii cu lingura Volkman, foarfecele sau bisturiul electric.

Se acoperă suprafaţa colului cu 1—2 tampoane, dezinfectînd din nou întreg vaginul şi fundurile de sac cu tinctură de iod.

Această fază complementară este facultativă, ea devenind necesară numai în cazul tumorilor vegetante, conopidiforme, care prin volumul lor împiedică accesul spre fundurile de sac ale vaginului. După acest timp, se schimbă mănuşile şi toate instrumentele utilizate.

Se trece la operaţia propriu-zisă, pe care autorul o împarte, pentru claritatea expunerii, în nouă timpi.

1)*Incizia paravaginală Suchardt-Amreich.* Această epiziotomie lărgită, ce se face obişnuit la stînga, are avantajul că lărgeşte cîmpul operator (mai ales în cazul cînd vaginul este strimt, cicatricial sau atrofie), uşurînd în acelaşi timp mobilizarea colului tumoral. In cazuri dificile, unii autori (Stockel, Staude)o aplică bilateral.

Incizia începe pe marginea stîngă a vulvei, la aproximativ 2 cm în afara comisurii vulvare posterioare destinse de ajutoare (fig. 659), se prelungeşte pe tegumentele perineale A—5 cm şi ocoleşte orificiul anal. Faţă de acesta, incizia trebuie să păstreze o distanţă de 2—3 cm pentru a nu se leza sfincterul şi nu va întrece planul liniei posterioare a orificiului anal, deoarece pot fi secţionaţi nervii anali.

In adîncime, se secţionează diafragma uro-genitală şi fasciculul mijlociu al muşchiului ridicător anal, fapt ce permite evidenţierea ţesutului adipos al spaţiului pelvisubperitoneal (vezi fig. 659). Această secţiune a muşchiului nu este necesară în toate cazurile (atunci clnd vaginul este larg).

in interiorul vaginului incizia se prelungeşte în sus pînă la nivelul unde vom face incizia circulară a manşonului mucoasei vaginale (aproximativ pînă la jumătatea adîncimii vaginului). Cu ocazia acestei incizii se secţionează unele ramuri ale arterei ruşinoase interne, care se ligaturează cu catgut. După hemostază se izolează plaga cu comprese şi se aşază valva inferioară autostatică.

Incizia circulară a vaginului şi formarea manşonului mucos vaginal. Cu ajutorul valvelor laterale se pune în evidenţă colul uterin şi fundurile de sac ale vaginului. Se aplică apoi circular pe mucoasa vaginală patru pense Kocher, aşezate în cele patru puncte cardinale (anterior, posterior şi două laterale), respectîndu-se zona de securitate subtumorală* (vezi fig. 659). Obişnuit, aceste pense se aşază la jumătatea vaginului sau chiar în treimea inferioară, iar dacă infiltraţia peretelui vaginal este mai întinsă, incizia se poate face chiar la nivelul introitului vaginal. Trăgînd de aceste pense, mucoasa vaginală este deplisată şi întinsă spre vulvă. Se execută în afara penselor o incizie circulară ce interesează în totalitate grosimea peretelui vaginal, pătrunzîndu-se astfel în spaţiul de decolare vezico- şi recto-vaginal (fig. 660). Pentru a ajunge în stratul potrivit, este necesar ca bisturiul să fie aplicat perpendicular pe suprafaţa mucoasei vaginale, în caz contrar riscînd ca incizia să pătrundă numai în grosimea peretelui vaginal, fără a ajunge în zona de clivaj.

In tehnica Schauta (descriere după Shaw), se acordă o importanţă mare locului unde se execută incizia circulară a vaginului, care trebuie să fie făcută exact la extremitatea superioară a inciziei Suchardt. Dacă circumcizia se face mai sus, se va extirpa mai puţin vagin şi ţesut celular paravaginal. Dacă circumcizia se face mai jos, se întîmpină dificultăţi în decolarea rectului şi a uretrei. Anterior, dacă circumcizia este făcută sub colul vezical, vaginul poate fi separat uşor de ligamentul posturetral cu bisturiul, pînă se ajunge în spaţiul vezico-vaginal.

Odată incizia terminată, se scot pensele Kocher şi se aplică din nou pe marginea liberă a segmentului superior al vaginului (ce în plagă apare situat distal) şi se începe decolarea cu foarfecele bont curb şi cu un tampon montat, formîndu-se astfel din jumătatea superioară a vaginului un manşon, ce prin răs- frîngere acoperă întreaga tumoare (fig. 661). Acest sac se închide fie cu pense Kocher, fie prin suturi cu mătase, lăsînd firele lungi, urmărindu-se prin aceasta pe de o parte izolarea tumorii cu înlăturarea pericolului de diseminare neoplazică şi infecţie microbiană, iar pe de altă parte manşeta aceasta serveşte drept mijloc de tracţiune pentru mobilizarea uterului.

Unii autori, de teama infecţiei sau diseminării neoplazice la nivelul inciziei paravaginale (Suchardt), inversează ordinea acestor timpi, executînd mai întîi formarea şi închiderea manşonului vaginal (Schauta-Stockel). Luînd însă măsuri de izolare a plăgii de episiotomie, nu se înregistrează un număr mai mare de complicaţii, decît atunci cînd se practică incizia paravaginală în al doilea timp. Vuia consideră că ordinea indicată de Peham-Amreich şi Halban este mai potrivită, mai ales că, în caz de vagin strimt sau neoplasm mai avansat, crearea manşonului ca prim timp este foarte dificilă.

3) *Completarea decolării vaginului şi evidenţierea plicilor peritoneale* (anterioară şi posterioară)61. Cu ajutorul bisturiului şi mai ales al foarfecelui bont,

se continuă decolarea vaginului în sus, urmărindu-se punerea în evidenţă a plicilor peritoneale — anterior cea vezico-vaginală, iar posterior fundul de sac al lui Douglas (fig. 662).

Decolarea vezicii trebuie făcută cu multă atenţie, pentru a ne menţine în planul de clivaj potrivit, nici prea aproape de vezică, pentru a nu provoca hemoragii ale vaselor vezicale sau chiar leziuni ale peretelui vezicii şi nici prea aproape de uter, ca să nu riscăm să ne pierdem în masa lui musculară, nemaigăsind plică peritoneală, existînd şi riscul deschiderii manşonului vaginal ce izolează colul canceros, aducînd prin aceasta prejudicii asepsiei actului operator. Pentru aceasta, un asistent ridică uşor vezica cu valva superioară, în timp ce de firele sau pensele aplicate pe manşonul vaginal tragem în jos, astfel că punînd în tensiune fibrele conjunctive ale septului vezico-vaginal, se uşurează secţionarea lor cu foarfecele (fig. 663); cu tamponul montat se împinge în sus foarte precaut vezica, pînă apare plică peritoneală anterioară şi lateral, pilierii vezicali (fig. 663 cartuş). în timp ce un asistent trage de firele sau pensele aplicate pe manşonul vaginal în sus, spre simfiză, trăgînd în acelaşi timp în jos de valva posterioară, operatorul ajutîndu-se de foarfece şi tampon montat, decolează rectul de vagin pînă la fundul de sac Douglas.

4) *Descoperirea şi izolarea ureterelor.* După decolarea vezicii începe faza cea mai importantă şi cea mai dificilă a operaţiei: punerea în evidenţă a ureterelor. De prepararea corectă a lor depinde reuşita intervenţiei, reuşită ce este legată de posibilitatea extirpării cît mai extinse a ţesutului parametral (menajîndu-se totuşi inervaţia vezicii).

Vezica odată decolată, este ridicată, uşor întinsă în sus, cu ajutorul unei valve superioare (în baionetă). Astfel, sînt puse în evidenţă ligamentele vezico- uterine, pilierii vezicali, în a căror grosime se vor căuta şi izola ureterele, prin disecţie cu ajutorul penselor anatomice şi a unor mici tampoane montate (fig. 663 cartuş). în tehnica Schauta (descrisă după Shaw) se consideră ca importantă direcţia de disecţie a pilierului vezical. Astfel, pornind de pe linia mediană, incizia va fi în primul rînd orizontală şi apoi uşor orientată în sus (fig. 664). Greşeala care se face de obicei, este de a tăia pilierul vezical prea susperficial. Ureterul, împreună cu canalul ureteral, este situat mai sus, iar ureterul şi vezica sînt ridicate în sus de către asistent. După ce s-a făcut incizia pilierului vezical, apare în plagă un ţesut grăsos care înconjoară ureterul (fig. 664 cartuş). Din acest motiv, apariţia grăsimii este semnul care ne arată că ureterul este foarte aproape. în momentul în care ureterul a fost identificat, momentul cel mai dificil al operaţiei este deja depăşit. Vuia descoperă ureterul în modul următor: de obicei începe în partea stîngă unde, datorită inciziei paravaginale, cîmpul operator permite un acces mai larg. Manopera este înlesnită prin tracţiunea vaginului şi uterului în partea opusă şi în jos; tracţiunea se face de către asistent, cu ajutorul penselor sau firelor aplicate în prealabil pe buzele manşonului vaginal. Preparînd ureterele în grosimea ligamentelor Mackenrodt — de jos în sus — vom întîlni mai întîi artera uterină, pe care o prindem în pensă, cît mai aproape de uter (fig. 665) şi prin tracţiune foarte uşoară (în acelaşi sens cu uterul) vom elibera o mică porţiune a arterei în sens lateral. Punînd o altă pensă pe ea, ne vom « căţăra» pe uterină, urmărind-o pînă la cîrje (unde vom găsi şi evidenţia ureterul) (fig. 666). La acest nivel, artera se secţionează între pense şi se ligaturează. Prepararea ureterelor se mai poate face şi după alte metode: Schauta urmărea ureterul pornind de la locul lui de intrare în vezică. Stockel descoperă mai întîi uterinele pînă la cîrje şi, după ce pune în evidenţă ureterul la acest nivel, îl izolează de jos în sus.

61 înainte de a se trece la acest timp operator, Navratil practică o veritabilă separare a ţesutului conjunctiv parametrial de pllnia muşchilor ridicători anali (fig. 662); pentru aceasta, el decolează cu indexul introdus pînă aproape de peretele osos pelvian baza parametrelor de suprafaţa superioară a muşchilor ridicători anali. Se obţine o mobilizare excepţională a parametrelor.

Amreich modifică procedeul, palpînd ligamentele Mackenrodt întîi între cele două indexuri, pentru a repera ureterul (vezi fig. 665 cartuş); după aceea, protejînd tot timpul ureterul cu indexul stîng, secţionează atent cu foarfecele bont ţesutul înconjurător. Ureterul odată izolat, este împins lateral, în afara cîmpului.

Cu cît ureterul este mai bine pus în evidenţă, cu atît va putea fi îndepărtat mai mult din cîmpul operator, reuşindu-se astfel a se extirpa o fîşie cît mai largă a parametrului, ceea ce formează obiectivul esenţial al acestei intervenţii « radicale şi lărgite ». Cu toate acestea, trebuie avut în vedere ca operatorul să nu caute să insiste la prepararea ureterului pe o distanţă mai mare de 3—4 cm; denudări « prea anatomice» şi pe o distanţă prea mare pot duce la grave tulburări de irigaţie şi de troficitate, producînd uneori stenoze sau fistule.

Pînă în momentul acesta, intervenţia a decurs extraperitoneal. Acum facem un control bidigital, explorînd întreaga regiune pînă la nivelul fosei obturatoare (Amreich). în cazul cînd palpăm ganglioni măriţi şi mobili, îi îndepărtăm digital, fără însă a leza vasele mai mari. Cînd ganglionii sînt prinşi, renunţăm la extirparea lor, pentru a evita hemoragii mari, ce sînt foarte greu de stăpînit. După părerea noastră (I. Chiricuţă), limfadenectomia orbească efectuată pe cale perineală nu numai că este dificilă şi incompletă, dar este şi plină de riscuri (hemoragii grave).

5) *Deschiderea cavităţii peritoneale* prin incizarea plicilor peritoneale anterioară şi posterioară. Prin îndepărtarea în sus a vezicii urinare şi tracţiunea în jos a bontului vaginal mobilizat, se evidenţiează plică peritoneală anterioară (fundul de sac vezico-uterin), care, după verificare prin palpare atentă, se incizează cu foarfecele curb bont (fig. 667).

Se trece la deschiderea plicii peritoneale posterioare (fundul de sac recto- uterin) care fusese evidenţiată într-un timp operator anterior. Trăgîndu-se în sus de bontul vaginal mobilizat, în timp ce valva inferioară este împinsă în jos, se expune plică peritoneală posterioară, care este incizată cu prudenţă, tot cu ajutorul foarfecelui bont curb (fig. 668).

6) *Extirparea uterului şi a ţesutului parametrial.* Corpul uterin este luxat în vagin (prin breşa creată în plică peritoneală anterioară) cu ajutorul unei pense Museux, care este aplicată pe peretele anterior şi fundul uterului; ajutorul îndepărtează în sus vezica urinară cu valva.

In acest moment apar în cîmpul operator anexele, care, după un prealabil control palpator, sînt pensate la nivelul implantării lor în uter, împreună cu ligamentul rotund, secţionate şi ligaturate, firele fiind păstrate lungi; se practică aceeaşi manevră şi în partea opusă, după care uterul rămîne suspendat numai prin baza ligamentelor largi şi a ligamentelor sacro-uterine (fig. 669).

Anexele sînt păstte pe Ioc, dacă macroscopic nu prezintă modificări, deoarece în stadiile operabile ale cancerului de col Vuia nu a observat metastaze în anexe. Cînd anexele prezintă modificări macroscopice, se impune şi extirparea lor prin pensarea, ligatura

şi secţionarea ligamentelor lomboovariene (trecerea firelor se poate face cu acul Deschamps). După părerea noastră (I. Chiricuţă), extirparea anexelor pe cale vaginală este dificilă.

7) *Extirparea parametrelor.* Odată ureterele izolate şi îndepărtate din cîmpul operator, ţesutul parametral, întins prin tracţiunea controlaterală a uterului, apare ca un evantai deschis (fig. 670).

Prepararea şi extirparea parametrelor se face de jos în sus şi cît mai lateral, pentru a se obţine exereză largă; secţiunea se face prin muşcături mici cu foarfecele curb bont, concavitatea fiind orientată spre uter şi sub control digital permanent (fig. 671). Ureterele vor fi menţinute îndepărtate din cîmpul operator de către un asistent, tot timpul cît durează această fază operatorie. Ligamentele utero-sacrate şi pediculii subureterali vor fi pensaţi înainte de secţionare, bon- turile fiind legate cu fire transfixiante.

8) *închiderea peritoneului* şi controlul hemostazei. Cavitatea peritoneală se închide, suturînd cele două foiţe peritoneale ale fundurilor de sac, manevră care se începe totdeauna Ia unghiurile laterale, fixînd cu acelaşi fir bonturile anexiale (care rămîn astfel extraperitonealizate), ca şi celelalte bonturi *legate* mai ***înainte*** (fig. 672). Manevra este avantajoasă pentru că uşurează un *control* al unei eventuale ***hemoragii.***

Intre cele două suturi *laterale se mai aplică* cîteva *puncte* de sutură, S. Vuia *închizînd astfel total cavitatea peritoneală (fig. 612* cartuş). *Personal (I. Chiricuţă)* nu suturez *complet peritoneul; las median un mic* spafiu, *prin care drenez cu o rneşă scurtă cavitatea peritoneală prin vagin;* meşa este *extrasă după 24—48* ore.

După închiderea cavităţii peritoneale se face uit control riguros al hemostazei şi, dacă *peretele vezical este prea subţiat sau infiltrat, se poate întări prin infundare în bursă sau plicaturare cu fire subţiri de catgut.*

9) *Sutura inciziei paravaginale a lui Suchardt.* Incizia paravaginală se suturează cu fire izolate de catgut în două straturi; unul profund, interesînd ridicătorii anali şi ţesutul adipos, iar al doilea superficial, interesînd mucoasa vaginală. Se tamponează uşor parametrele şi vaginul cu o meşă, care se scoate după 1—2 zile.

La nivelul tegumentelor se aplică fire izolate de mătase.

Pansament perineal larg, eventual pudrat cu sulfamidă, se sondează vezica, urina clară fiind semnul că nu s-a lezat peretele vezical. După caz, se poate lăsa pe loc o sondă Pezzer sau Foley.

Timpii operatori ai acestei intervenţii nu pot fi totdeauna executaţi în ordinea mai sus descrisă, din cauza dificultăţilor ce se pot ivi: uter fixat prin procese inflamatorii, prin tumori sau prin extinderea procesului neoplazic. în asemenea cazuri, tehnica va fi adaptată la situaţia reală. în principiu, scopul final al intervenţiei rămîne extirparea uterului canceros, cu o porţiune cît mai largă a parametrelor şi vaginului.

Critica majoră care a fost adusă histerectomiilor pe cale vaginală (efectuate pentru cancer) era că nu se poate efectua limfadenectomia pelvisului; faptul că în aceste operaţii parametrele pot fi mai larg extirpate decît pe cale abdominală, nu elimină riscurile lăsării pe loc a ganglionilor posibili invadaţi canceros.

Pentru remedierea acestei mari deficienţe se poate asocia histerocolpectomiei lărgite pe cale vaginală limfadenectomia pelvisului efectuată pe cale abdominală subperitoneală (extraperitoneală), fie în aceeaşi şedinţă operatorie, aşa cum a recomandat indianul Subodh Mitra (1959), fie în şedinţe operatorii separate, aşa cum a recomandat Navratil. M. Dargent a utilizat cu succes operaţia Mitra.

Tehnica extirpării ganglionilor pelvieni pe cale abdominală extraperitoneală a fost preconizată încă din 1931 de R. Michel Bechet în Franţa şi Ira Nathanson în SUA (1931). S. Mitra are meritul că a asociat această tehnică a limfadenectomiei la tehnica histerectomiei pe cale vaginală.

Redăm mai jos tehnica operatorie.

TEHNICA LIMFADENECTOMIEI PELVIENE PE CALE EXTRAPERITONEALĂ (R. Michel Bechet, 1931; Ira Nathanson, 1931)

1)*Incizia inghino-abdominală bilaterală* (ca pentru cura herniilor inghinale) (fig. 673—1). Bolnava este în decubit dorsal iniţial, apoi în uşor Trendelenburg.

Incizia fasciei marelui oblic, cu deschiderea canalului inghinal (fig. 673—2). Se evidenţiează apoi tendonul conjunct şi ligamentul rotund.

Se introduce un deget prin orificiul extern al canalului inghinal (indexul fiind orientat spre spina iliacă anterosuperioară) îndepărtînd peritoneul de musculatura abdominală (fig. 674—3). Se secţionează cu bisturiul pe deget muşchiul micul oblic şi muşchiul transvers al abdomenului, la cca 3 cm deasupra arcadei inghinale. Nervul abdomino-genital, vizibil în plagă, nu se secţionează.

Se lărgeşte în sus şi lateral incizarea peretelui muscular (micul oblic şi trans- versul), cît este necesar pentru a avea o viziune corectă asupra vaselor iliace.

Ligamentul rotund va fi îndepărtat lateral extern şi în jos cu un depărtător. La nevoie, poate fi secţionat (fig. 675—4). Apar evident în plagă vasele (artera- vena) epigastrice (fig. 676—5).

2) *Evidenţierea peritoneului parietal anterior.* Vasele epigastrice se vor pensa, secţiona şi ligatura (fig. 676—6 şi 7). Secţiunea lor este obligatorie, fiindcă

după secţionare se poate evidenţia bine în plagă peritoneul parietal anterior şi reflectarea sa atît spre posterior, cît şi spre pelvis.

3) *Descoperirea vaselor iliace şi limfadenectomia pelviană.* Prin refularea blîndă a fundului de sac peritoneal de peretele muscular abdominal, se pătrunde în spaţiul de decolare peritoneo-parietal (fig. 677—8); se împinge încet peritoneul pelvian în sus şi median, pînă se ajunge în fosa iliacă respectivă, urmărindu-se spre fosa obturatoare muşchiul psoas, ce se inseră pe toată faţa dinspre pelvis a aripei osului iliac. Dacă există tractusuri fibroase ce fixează peritoneul perietal la perete, acestea se secţionează.

Se continuă refularea peritoneului înspre linia mediană şi urmărind peretele muscular al fosei iliace (m. psoas) se ajunge la vasele iliace (reperate prin pulsaţii) (vasele nu se văd, fiind învelite în grăsime şi ganglioni limfatici) (fig. 677—9).

Se izolează larg de la arcada femurală pînă în regiunea lombară artera iliacă externă şi artera iliacă primitivă. Se disecă cu foarfeca boantă grăsimea peri- vasculară (fig. 677—9) şi se evidenţiază bine artera hipogastrică, cît mai în jos posibil. Peritoneul împins median, a tras după el vasele ombilicovezicale (ramuridin hipogastrică) şi ureterul. Aceste formaţii trebuie bine puse în evidenţă (fig. 678—10). Triunghiul iliac format de artera iliacă externă, artera hipogastrică şi arcada femurală, bine evidenţiat, facilitează mult limfadenectomia.

Ganglionii sînt localizaţi în fosa obturatoare şi tehnica limfadenectomiei pelvisului este similară cu aceea descrisă pe larg cu ocazia operaţiei limfadeno- histerocolpectomiei lărgite (fig. 679—^11). Se va scoate toată grăsimea fosei, inclusiv ganglionii lui Leveuf-Godard, Cuneo-Marcille şi retrocrurali. în plagă trebuie să apară bine evidenţiate: osul pubis, arcada femurală, nervul obturator, venele iliace şi arterele iliace (externă şi internă). Se trece apoi la extirparea ganglionilor din jurul arterei iliace primitive, mergînd cu limfadenectomia pînă la aortă. Hemostază minuţioasă.

4) *Drenaj aspirativ* (H. Redon) al fosei obturatoare. Se lasă peritoneul parietal să cadă şi să se reaşeze peste vasele iliace şi muşchiul psoas.

5) *Se reface peretele abdominal* secţionat, suturîndu-se într-un strat muşchii abdominali secţionaţi, preferabil cu fire în U, pentru a nu fi tăiate de fire musculare (fig. 679—12).

6) *Sutura tegumentelor*. Se practică limfadenectomia şi de partea opusă (fig. 680—13 şi 14).

Urmări postoperatorii. Drenajul aspirativ va fi suprimat cînd nu se mai observă secreţii (a 5-a—6-a zi). Suprimarea prematură a drenajului va determina apariţia unui limfocel, situat în fosa obturatoare. Tratamentul limfocelului va consta în extragerea prin puncţie a limfei acumulate, cu o seringă; se vor introduce antibiotice dizolvate (penicilină + streptomicină). în caz de nereuşită a secării lui, după mai multe puncţii, se va aştepta rezorbţia lui spontană. In caz de infecţie, deschiderea şi drenarea printr-o incizie paralelă cu arcada femurală (urmărind vechea cicatrice) este obligatorie.

PROGNOSTICUL OPERAŢIILOR (PENTRU CANCER) PE CALE VAGINALĂ

Chiar dacă mortalitatea este la fel de scăzută astăzi, atît în operaţiile pe cale vaginală, cît şi în cele pe cale abdominală (0,20% în statistica noastră), calea vaginală este incomparabil mai uşor tolerată de bolnavele tratate (bătrîne, cardiace, obeze, diabetice).

COMPLICAŢII UROLOGICE

Navratil (1963) din Viena citează 808 cazuri de histerectomii vaginale pentru cancer cu următoarele complicaţii: 1,7% plăgi ale vezicii, 0,3% plăgi ale ureterului, 1 caz de plagă a rectului, 1 caz de plagă vezicală şi rectală. Au mai apărut postoperator: 3 fistule vezico-vaginale, 8 fistule uretero-vaginale, 4 fistule recto- vaginale, 1 cloacă vezico-recto-vaginală, deci 2% accidente grave.

După cum rezultă, complicaţiile urologice sînt mai frecvente decît în operaţiile pe cale abdominală.

Supravieţuirile la 5 ani au fost: 299 cazuri stadiul I, cu 84,2% vindecări (fără radium, fără limfadenectomie); 209 cazuri stadiul II cu 52,6% vindecări; 13 cazuri stadiul III cu 6% vindecări.

In ceea ce ne priveşte, utilizăm calea vaginală numai în cazurile cu indicaţie precisă (bătrîne, cardiace, diabetice, obeze).

în general, preferăm calea abdominală.

HISTERECTOMIILE LĂRGITE EFECTUATE PE CALE MIXTĂ (VAGINALĂ ŞI ABDOMINALĂ)

Tehnica D. Alessandrescu. Pornind de la faptul că pediculii subureterali şi vaginali pot fi mai corect abordaţi şi extirpaţi pe cale vaginală, D. Alessandrescu începe histerectomia lărgită pe cale vaginală şi o termină pe cale abdominală.

1) *Timpul vaginal* (bolnava în poziţie ginecologică caracteristică pentru calea vaginală).

După secţiunea circulară a vaginului, respectînd o zonă de securitate sub limita extensiei tumorale, se decolează ascendent vaginul şi se pătrunde în ţesutul conjunctiv de deasupra planşeului muşchilor ridicători anali.

Paracolposul şi pediculii subureterali sînt izolaţi şi secţionaţi lateral, după necesitate. Hemostaza se face în bune condiţii.

Se tamponează strîns vaginul cu meşe (în scop hemostatic) şi se trece la timpul abdominal, schimbînd poziţia bolnavei, ca pentru laparotomie. Chirurgii schimbă halatele, mănuşile şi instrumentarul.

2) *Timpul abdominal* (laparotomie pubo-ombilicală) permite extirparea uterului, anexelor, pediculilor supraureterali şi limfadenectomia pelvisului în bune condiţii.

In acest mod, D. Alessandrescu beneficiază de avantajele atît ale căii vaginale, cît şi ale căii abdominale, evitînd dezavantajele fiecărei căi în parte.

Autorul are o îndelungată experienţă cu această operaţie, obţinînd rezultate bune.

ACCIDENTE ŞI INCIDENTE INTRAOPERATORII ÎN CURSUL HISTERECTOMIILOR TOTALE LĂRGITE

1) Accidente hemoragice arteriale şi venoase

Accidentul major de care au teamă toţi chirurgii este scăparea bontului arterei uterine.

Pe lîngă detaliile date la pagina 766, mai este necesară reamintirea următoarelor manevre: chirurgul va compresa cu indexul sau cu un tampon montat în pensă, locul pe unde sîngerează artera. Hemoragia încetează imediat.

Aspiratorul electric este foarte util.

Dacă din primele încercări bontul arterei nu poate fi pensat bine, chirurgul va renunţa şi va cere ajutorului menţinerea tamponamentului pentru oprirea hemoragiei; chirurgul în acest timp va lega artera hipogastrică (vezi tehnica pag. 871), fapt care va diminua foarte mult debitul hemoragiei. Cînd ajutorul va ridica tamponul, bontul uterinei, care abia mai sîngerează, poate fi uşor pensat şi liga- turat (cu aţă, prin transfixia firului).

în toate aceste manevre este necesară păstrarea unui calm desăvîrşit şi o mare precizie în mişcări; orice ezitare, orice precipitare în pensarea orbească a zonei sîngerînde poate expune la veritabile dezastre, ca ruperea arterei sau venei hipogastrice, însoţite de hemoragii cataclismice sau pensarea ureterului. Personal, în cele cîteva cazuri (3 cazuri) în care a scăpat uterină din pensă, procedînd ca mai sus, am rezolvat simplu accidentul. Am asistat însă la un caz, unde chirurgul, pierzîndu-şi calmul, a rupt vena hipogastrică şi hemoragia mare născută a dus la o precipitare de pense (5 pense) care au oprit hemoragia; pensele au fost lăsate pe loc cu intenţia de a fi scoase după 72 ore. Imediat postoperator membrul inferior s-a cianozat şi seara era complet rece. Chirurgul nu a redeschis ^să controleze pensele, ci a administrat vasodilatatoare. A doua zi dimineaţa membrul inferior era deja gangrenat, fapt ce a impus o dezarticulaţie a şoldului. Ca uza: una din pensele aplicate orbeşte, clampase artera iliacă primitivă.

O altă zonă anatomică care poate sîngera este fosa obturatoare în timpul limfadenectomiei. Aici, hemoragia este venoasă şi nu arterială. Se va avea grijă ca în timpul extirpării ganglionilor venele aberante ce se varsă în vena iliacă externă (a se vedea anatomia regiunii), mai ales înspre partea anterioară a fosei, imediat în spatele arcadei, să fie pensate, înainte de a fi secţionate şi legate cu aţă subţire. Nu a existat nici un caz de hemoragie din fosa obturatoare pe care să nu-1 fi rezolvat. In cel mai rău caz, se va tampona strîns cu meşe de tifon hemoragiile venoase mici: meşa, exteriorizată suprapubian, va fi scoasă după 72 ore.

Există situaţii unde sîngerarea este capilară şi difuză. în aceste cazuri, rar întîlnite în practică, ligatura ambelor artere hipogastrice a rezolvat hemoragia. De multe ori, tamponarea apăsată timp de cîteva minute cu o compresă (batistă) de tifon, determină oprirea singerării.

Chirurgul japonez Nakayama recomanda insistent utilizarea de comprese (batiste) de tifon îmbibate cu ser fiziologic fierbinte 60°C sau chiar cu apă sterilă încălzită la 60°C, aplicate

peste zona hemoragică şi menţinute apăsate timp de 5—7 minute; am verificat în practică acest excelent procedeu pentru oprirea hemoragiilor venoase sau capilare.

Cînd hemoragia venoasă difuză totuşi nu se opreşte, aplicarea unui drenaj cu sac Mikulicz rezolvă problema.

2) Rănirea vezicii urinare

Este posibilă în două momente ale operaţiei. La efectuarea laparotomiei, cînd vezica este destinsă de urină (de aceea sonda uretrală « ă demeure» este obligatorie), sau cînd se decolează vezica de istmul uterin şi vagin.

Cînd incizia vezicii este mare, accidentul este uşor de recunoscut prin scurgerea de urină în plagă, sîngerarea abundentă a muşchiului vezical şi apariţia sondei vezicale în cîmpul vizual. Asistenta de serviciu anunţă că în urina strînsă prin cateterul vezical apare sînge. Chirurgul va repera exact dimensiunea plăgii vezicale şi va sutura plaga cu catgut, în dublu strat, cu fire izolate. Unii urologi recomandă firele inversante. Primul strat poate interesa şi mucoasa vezicală, pe lîngă stratul muscular, suturat obligator. Al doilea strat va interesa şi peritoneul, pe lîngă stratul muscular suturat obligator. în zona extraperitoneală a vezicii, al doilea strat va fi exclusiv muscular. Este absolut contraindicată folosirea firelor de aţă la suturarea vezicii (determină apariţia calculilor).

Mai greu de observat sînt rănile de mici dimensiuni ale vezicii. Sîngerarea persistentă a peretelui vezical într-o anumită zonă va fi suspectată de incizarea vezicii. Sutura în dublu strat (sau în dublă bursă) cu fire de catgut rezolvă uşor accidentul. Drenajul pelvisului este obligator (cu tub de cauciuc).

Sutura de vezică obligă la lăsarea pe loc, timp de 8—12 zile, a unei sonde vezicale transuretrale (preferabil sondă cu balonaş tip Foley). Sonda « â demeure » obligă la o întreţinere atentă a permeabilităţii prin spălături zilnice a sondei cu soluţii antiseptice (soluţie cu nitrofuran).

3) Rănirea intestinului subţire sau rectului

Intestinul subţire poate fi lezat la deschiderea peritoneului şi ceea ce este mai grav este faptul că leziunea poate trece neobservată cînd este de mici dimensiuni. Peritonită generalizată se va instala rapid. De aceea, se va avea grijă ca la deschiderea peritoneului să nu se prindă intestinul în plicatura peritoneului susţinută de pense. Dacă există suspiciunea că o ansă a fost lezată, se va căuta insistent leziunea. De multe ori apare în plagă conţinut intestinal, care va fi îndepărtat total din abdomen (pericol de peritonită). Sutura plăgii enterale cu fire de aţă sau catgut în dublu strat este obligatorie. Se va avea grijă să nu se strîmtoreze lumenul intestinal; de aceea, se preferă suturile transversale ale ansei (cele longitudinale strîmtorează lumenul).

După efectuarea suturii, se va verifica obligator, prin pensarea digitală a intestinului, permeabilitatea lumenului enteral. Timp de cîteva zile postoperator, aspiraţia gastrică continuă prin tub Einhorn este obligatorie.

Deperitonizările inerente degajării anselor din procese aderenţiale necesită reperitoni- zarea intestinului. Reperitonizarea se va face cu ace şi fire subţiri de aţă, linia de sutură fiind pe cît se poate tot perpendiculară (transversală) faţă de axul enteral. Dacă deperitonizarea este prea extinsă şi nu se poate reperitonîza uşor, este mai bine să lăsăm ansa ca atare (neperitonizată), decît să ne grăbim a face o rezecţie de ansă, cu refacerea continuităţii intestinului prin anastomoză termino-terminală (« cap la cap ») în dublu strat de suturi. Rezecţia de ansă este justificată numai în caz de distrugere a vascularizaţiei enterale pe o porţiune limitată.

Mai gravă este lezarea colonului sigmoid şi mai ales a rectului (în timpul decolării rectului de vagin). Plaga rectală poate trece neobservată, dacă este mică şi prin plagă nu au apărut fecale şi gaze urît mirositoare. în caz de plagă mică, se impune sutura în dublu strat (uneori chiar în 3 straturi) a rectului; preferăm sutura cu fire izolate de aţă subţire, firele trecute la distanţe de 3—4 mm unul de altul.

Dacă plaga este mare, sutura se va face cu mare atenţie, după aceeaşi regula. Dacă nu sîntem siguri de calitatea suturii, se recomandă efectuarea unui anus temporar de protecţie, preferabil pe colonul transvers (anusul se va suprima după 14 zile).

în plăgile rectului pericolul de peritonită este mult mai crescut decît în plăgile intestinului subţire. Obligator se vor îndepărta din cavitatea pelviană resturile de fecale şi se va izola cu cîmpuri de tifon sterile rectul lezat de cavitatea abdomino-pelviană. în lumenul rectului se va instila neomicină (1 g) dizolvată în ser fiziologic, iar în cavitatea peritoneală se va instila o soluţie de antibiotice (1.000.000 U.I. penicilină + 1 g streptomicină).

Drenajul pelvisului cu 2 tuburi de cauciuc exteriorizate suprapubian este obligator. Suturarea etanşă a vaginului evită apariţia fistulelor recto-vaginale. Antibioterapia postoperatorie va fi intensă.

De un real folos este coborîrea marelui epiploon în pelvis, pentru a fi acoperită sutura rectală.

4) Rănirea ureterului

Se pot întîlni mai multe situaţii:

a) jupuirea tecii proprii a ureterului predispune postoperator la fistule sau stenoze ureterale. Se evită prin o preparare corectă a ureterului;

b) prinderea ureterului în firul de peritonizare sau cu ocazia legării pediculului lombo-ovarian duce la hidronefroză. De asemenea este periculoasă, pentru viitoarea dinamică ureterală, angularea ureterului prin tracţiuni ale seroasei peritoneale;

c) strivirea accidentală a ureterului în pensă (în timpul pensării arterei uterine), fără a-i întrerupe continuitatea.

Aceeaşi leziune a peretelui ureteral poate fi determinat de ligatura accidentală cu aţă, firul fiind secţionat ulterior. Asemenea leziuni se pot vindeca spontan, dar dacă strivirea peretelui ureteral a fost puternică, se poate instala ulterior o cicatrice stenozantă. Profilaxia acestei stenozări este realizată prin introducerea unei sonde ureterale (nr. 6) imediat postoperator, cu ajutorul cistoscopului. Sonda va rămîne pe loc 12 — 14 zile, ureterul cicatrizat rămînînd larg deschis. Antibioterapia este obligatorie în tot acest interval.

Urografiile repetate postoperator la intervale de 2—6 luni va supraveghea ureterul respectiv. în caz că apare stenoza şi se instalează o uretero-hidronefroză, se va interveni din timp pentru a se extirpa cicatricea stenozantă ureterală;

d) secţiunea ureterului poate fi parţială sau totală. Porţiunea intraparametrială a ureterului este cea mai expusă la asemenea accidente, dar prin neatenţie ureterul poate fi secţionat şi mai sus.

Atitudinea de rutină era înnodarea ureterului şi dubla sa ligatură cu fire nerezorbabile. Dacă este comodă pentru chirurg, pentru bolnavă este o soluţie periculoasă, deoarece duce la pierderea unui rinichi şi predispune la o serie de complicaţii grave. In cel mai fericit caz.

ligatura ureterului determină excluderea mută a rinichiului respectiv, funcţia de excreţie fiind asigurată prin hipertrofia compensatoare a rinichiului opus. De cele mai multe ori Insă, evoluţia postoperatoare poate fi întunecată de multiple complicaţii:

— imposibilitatea de acomodare a rinichiului opus (în caz de deficienţă funcţională);
— hidronefroza consecutivă, care face necesară nefrectomia;
— posibilitatea unei pionefroze.

Redăm, după Th. Burghele, indicaţia terapeutică justă în caz de secţiune a ureterului:

«A sacrifica rinichiul, practicînd nefrectomia sau înnodarea ureterului, fără a cunoaşte valoarea funcţională a rinichiului opus, sau a face ureterostomia cutanată sau ureterocolostomia, care transformă pacienta într-o infirmă, fără a încerca restabilirea conductului ureteral, reprezintă soluţii care nu-şi găsesc astăzi nici o justificare.

Refacerea imediată a ureterului secţionat se execută prin anastomoză ter- mino-terminală, în caz că plaga ureterală este cu sediu înalt (strîmtoarea superioară). Cînd secţiunea este joasă, ureterorafia întîmpină dificultăţi în executare din cauza profunzimii cîmpului operator. în această ultimă eventualitate, se recomandă reimplantarea ureterului în vezică, fie practicînd o uretero-cisto-neostomie directă în caz că leziunea este juxtavezicală, fie practicînd o plastie ureterală cu lambou vezical.

In afara plăgilor superficiale ale ureterului, unde refacerea conductului se face spontan, celelalte, prin stenoza pe care o produc ulterior sau prin fistula permanentă care s-a instalat, au aceeaşi indicaţie ca şi în secţiunea completă».

Redăm tehnica ureterorafiei circulare:

Tehnica ureterorafiei circulare (după B. Fey).

1)*Liberarea capetelor de secţiune ureterală* pe o distanţă suficientă, permi- ţînd apropierea lor fără tensiune şi efectuarea suturii. Tranşele de secţiune ale ureterului trebuie să fie nete.

2)*Cateterizarea ureterului.* O sondă ureterală nr. 12 sau nr. 14 este introdusă în capetele ureterului (pînă în bazinet şi în vezică, urmînd a fi scoasă cisto- scopic prin uretră). Sonda va servi de tutore pentru sutură şi asigură drenarea urinilor în perioada atoniei ureterale (dacă nu s-a putut efectua sutura pe sondă, aceasta va fi introdusă imediat postoperator, prin cistoscopie — aşa cum propune R. Kiiss).

3)*Sutura circulară termino-terminală.* Ureterul se suturează după tehnica suturilor arteriale cu ace vasculare şi fir nr. 0000. Se vor aplica patru fire, sutura interesînd numai musculoasa, mucoasa nefiind perforată. Se va evita hernierea mucoasei, fapt ce predispune la fistulizare. Pentru uşurinţă, se trec întîi firele laterale, apoi firul posterior (torsionînd ureterul prin tracţiune pe firele laterale), iar firul anterior este trecut ultimul (vezi fig. 681).

4)*Peritonizarea suturii* cu un manşon format dintr-un lambou peritoneal (timp facultativ şi neadmis de toţi autorii).

5)*Peritonizarea pelvisului.* Se va evita ca sutura peritoneului să vină în contact cu sutura ureterului.

îngrijirile postoperatorii trebuie făcute cu toată atenţia, succesul depinzînd în mare parte de ele. Sonda ureterală va fi lăsată 15 zile pe loc (sub protecţia antibio-chimioterapicelor) şi va fi menţinută permeabilă în mod obligatoriu prin spălături mici cu soluţie cloruro-sodică izo-

tonică (schimbarea ei este imposibilă pînă nu se face cicatrizarea). Infundarea sondei predispune la dehiscenţa suturilor sau pionefroză.

Se va dilata cicatricea ureterală (ce are tendinţă la stenoză), prin cateterism ureteral repetat, cu începere din a patra săptămînă, controlînd apoi în mod repetat valoarea funcţională a rinichiului respectiv (cromocistoscopie, urografie intravenoasă).

Dacă bazinetul şi ureterul supraiacent apare dilatat, se vor practica caterisme la 3 zile, timp de cîteva săptămîni, pentru a debarasa de reziduu rinichiul, pînă regresează hidronefroza prin apariţia tonicităţii muşchiului pielic (Kiiss).

în caz de insucces manifest (stenoză, uretero-hidronefroză persistentă), se va interveni pentru soluţionare (ureteroplastie, nefrectomie etc.). Asupra rezultatelor funcţionale ale acestei operaţii părerile sînt împărţite. Kuss publică rezultate bune, subliniind valoarea îngrijirilor postoperatorii pentru reuşita operaţiei.

TRATAMENTUL POSTOPERATOR AL HISTERECTOMIILOR TOTALE LĂRGITE

în tratamentul postoperator imediat se urmăresc următoarele obiective:

1) Monitorizarea clinică a funcţiilor vitale;
2) Tratamentul volemic şi reechilibrarea hidroelectrolitică şi nutritivă;
3) Asigurarea drenării vezicii şi combaterea infecţiei urinare;
4) Combaterea infecţiei;
5) Profilaxia şi tratamentul unor eventuale complicaţii (flebite, congestii pulmonare, pareze intestinale etc.).

*1—2) Monitorizarea clinică a funcţiilor vitale şi tratamentul volemic şi reechilibrarea hidroelectrolitică şi nutritivă*62. Postoperator, ginecologul trebuie să cedeze locul reanimatorului pentru tratamentul şocului, colaborînd strîns la îngrijirea bolnavei.

Monitorizarea clinică a funcţiilor vitale, tratamentul volemic, reechilibrarea hidroelectrolitică şi nutritivă constituie un ansamblu de date culese în secţia de terapie intensivă, interpretarea lor şi sancţiunea terapeutică ce este urmărită în mod continuu pînă ce funcţiile vitale sînt stabilizate şi se reiau tranzitul intestinal şi realimentarea orală.

Ventilaţia pulmonară se controlează volumetric la părăsirea sălii de operaţie şi în continuare se urmăreşte frecvenţa şi amplitudinea respiraţiei; se va încuraja inspirul profund, tuşea şi mobilizarea precoce (element deosebit de important, care este deseori neglijat).

62 Planul de monitorizare clinică a fost întocmit în colaborare cu medicul şef ai secţiei de reanimare al Institutului Oncologic Cluj-Napoca, Dr. Roman Liviu.

Funcţia cardiovasculară se urmăreşte prin controlul tensiunii arteriale, frecvenţei cardiace, coloraţia şi temperatura extremităţilor şi prin măsurarea debitului urinar orar. în acest context, pentru a asigura o stabilitate cardiovasculară, compensarea volemică este de primă importanţă. Ea este iniţiată înainte de începerea actului operator: ţinînd cont de faptul că pacientele sînt într-un post absolut de 12—16 ore, deficitul de apă preoperator este de 1000—1500 ml şi trebuie compensat.

In continuare, administrăm în perfuzie 500 ml apă/soluţie glucoză, soluţie CINa 9°/$_{00}$, soluţie Ringer, pe oră de operaţie; la acestea se adaugă volumul pierderilor sanguine, perfuzîndu-se sînge izogrup dacă sîngerarea depăşeşte 1000 ml sau succedanee (dextran 70, Haemacel). La acestea, adăugăm necesarul de apă pentru ziua operaţiei (2500—3000 ml). Se realizează astfel o compensare uşor hipervolemică hemodiluţională.

Deşi limfadenohisterocolpectomia lărgită este o intervenţie de mare amploare, cu acest tratament volemic şi cu o tehnică de anestezie adaptată fiecărui caz în parte, am obţinut întotdeauna o stabilitate cardiovasculară şi un debit urinar orar mai mare de 40 ml.

în următoarele 48—72 ore, în funcţie de starea de nutriţie şi de precocitatea reluării alimentaţiei per os, se asigură aportul hidroelectrolitic şi nutritiv pe cale parenterală.

Pacientelor cu o stare de nutriţie bună le vom asigura aportul hidroelectrolitic şi nutritiv administrînd soluţie de glucoză 10% 2500—3000 ml, cu 100 mEq Na^+ şi 18 mEq K^+ la litru; glucoza administrată asigură 1200 calorii pe 24 ore. Dacă starea de nutriţie preoperatorie este precară şi în cazul cînd se întîrzie alimentarea per os, trebuie asigurat şi un aport proteic de 50—80 g acizi aminaţi pe 24 ore, ca şi un aport caloric mai mare (de exemplu soluţia de glucoză 20%, 1500— 2000 ml, va aduce un aport de 1200—1600 calorii). Soluţiile de acizi aminaţi în concentraţie de 4—8% şi în cantitate de 1000 ml vor aduce 40—80 g acizi aminaţi şi 700—1000 calorii.

La acestea se adaugă: Na+100 mEq la litru şi K+18 mEq la litru de soluţie de glucoză; soluţiile de acizi aminaţi sînt preparate cu adaosul necesar de elec- troliţi.

Efectuarea bilanţului azotat este un ghid necesar în conducerea alimentaţiei parenterale; scopul este pozitivarea balanţei de azot.

De regulă, la 48—72 ore postoperator se trece la alimentaţia orală; în unele cazuri, recurgem la alimentaţia orală şi alimentaţia parenterală parţială, pentru a asigura un aport energetic şi proteic crescut (alimentaţie mixtă sau asistată).

în scopul ameliorării evoluţiei postoperatorii, am introdus blocajul neuro- vegetativ. Acesta ameliorează condiţiile circulatorii periferice şi favorizează reluarea tranzitului intestinal. Administrăm alfa- şi betablocante (clorpromazină 5—10 mg şi propanolol 1 mg la 6 ore).

3) *Asigurarea drenării vezicii urinare* (profilaxia şi combaterea infecţiei urinare) evită infecţia urinară postoperatorie. De obicei, după limfadenohistero- colpectomie lărgită bolnavele prezintă tulburări urinare neurogene caracterizate mai ales prin pareza vezicii, urmată de retenţie urinară. Este obligatorie menţinerea sondei urinare (preferabil sondă Foley) 3—4 zile; uneori se menţine şi mai multe zile.

Sonda vezicală *â demeure* se menţine în sistem închis şi steril prin conectarea sondei Foley la punga colectoare din plastic, timp de 3—5 zile. O atenţie deosebită trebuie acordată toaletei regiunii vulvo-perineale, ce trebuie efectuată zilnic cu apă şi săpun sau cu o soluţie de cloramină. Periodic (mai ales dacă apare febră), se va controla microbismul urinar, cu antibiogramă obligatorie.

4) *Combaterea infecţiei* se rezumă la supravegherea strictă a drenajului pelvian, suprimarea lui la timpul oportun (în mod normal a 5-a—6-a zi postoperator).

Nu aplicăm antibioterapia de rutină; ea este rezervată cazurilor cu evoluţie febrilă (peste 38°C), indicaţia făcîndu-se pe baza antibiogramei din secreţiile drenate. Dacă febra şi leucocitoza sînt în creştere după suprimarea tuburilor de dren, după a 4-a—5-a zi postoperator, se impune cercetarea cauzei în următoarele patru zone ce trebuie suspectate:

a) colecţie la perete (hematom-serom infectat): se va deschide limitat plaga prin suprimarea a 2—3 fire de sutură;

b) colecţie pelviană supurată: bolnava va fi aşezată pe masa ginecologică şi după dezinfecţia vaginului, medicul, cu mănuşă sterilă, va desface (sau lărgi) digital tranşa vaginală, pentru scurgerea secreţiilor septice. Antibioticul va fi indicat pe bază de antibiogramă din secreţiile vaginale;

c) congestie pulmonară: diagnosticul se va preciza prin examen clinic şi radiografie ce infirmă sau confirmă diagnosticul. Mobilizarea precoce (din prima zi bolnava va fi sculată din pat) şi gimnastica respiratorie previn infecţiile pulmonare;

d)infecţia urinară este explicată prin atonia vezicală cu reziduu urinar, sau prin stază ureterală. Urocultura este obligatorie, cu antibiogramă. Tratament cu antibioticul indicat.

în caz de persistenţa febrei, suspectată a fi urinară, prin urografie poate fi găsită o hidronefroză sau rinichi mut infectat.

5) *Pentru profilaxia flebitei*: mobilizarea precoce, mişcări pasive ale membrelor inferioare în pat. La apariţia durerii în gambă şi în plantă şi la accelerarea pulsului (pulsul « grimpant» al lui Mahler), se execută coagulograma şi se instituie tratamentul cu heparină sau trombostop.

în « flegmatia alba dolens » constituită, pe lîngă tratamentul de mai sus, noi am efectuat fieboaspiraţia de urgenţă (din prima zi a apariţiei), dezobstruînd vena femurală pînă Ia spaţiul popliteu şi ascendent pînă la cavă.

în afară de cele de mai sus, atragem atenţia asupra necesităţii aspiraţiei gastrice în caz de vărsături tardive; subliniem importanţa radiografiei pe gol în ortostatism (nivele hidroaerice); să nu se ezite a se relaparotomiza atunci cînd suspectăm o ocluzie mecanică.

Clisma se instituie a 3-a—4-a zi postoperator.

Tulburările endocrine se vor trata adecvat, cu: hormoni, sedative, tranchilizante etc.

COMPLICAŢII POSTOPERATORII

Complicaţii imediate

în general, dacă s-au respectat indicaţiile, pregătirea preoperatoare şi tehnica, evoluţia postoperatoare este lipsită de complicaţii. Complicaţiile imediate se dezvoltă de obicei sub semnul septicităţii.

Prezentăm complicaţiile în ordinea importanţei lor:

Sindromul febril postoperator. în mod obişnuit, toate histerectomiile totale sînt urmate de cîteva zile cu febră (3—5 zile). Cînd perioada febrilă se prelungeşte, medicul va controla următoarele zone în care pot apărea complicaţii septice: 1) infectarea plăgii operatorii, 2) infectarea hematomului pelvian ce poate duce la pelviperitonite sau chiar peritonite generalizate, 3) infecţia urinară şi 4) congestia pulmonară.

1) *Infectarea plăgii operatorii* (semnele clasice ale inflamaţiei prezente) impune suprimarea cîtorva fire şi desfacerea forţată (cu pensa) a buzelor plăgii pentru a permite scurgerea secreţiilor. Atenţie la posibila fuzare a infecţiei în spaţiul Retzius.

2) *Celulita pelviană difuză — peritonită.* Se va menţine drenajul şi se măreşte cantitatea de antibiotice (eventual se schimbă antibioticul). Transfuzii repetate. Evoluţia spre pelviperitonită sau peritonită generalizată impune laparotomia de urgenţă, urmată de drenaj.

Cînd se ajunge la flegmon sau abces, de obicei în fosele obturatoare, se recomandă deschiderea tranşei vaginale prin tuşeu vaginal, cu explorarea digitală a pelvisului. Dacă colecţia nu se drenează prin vagin, se va recurge la drenarea fosei obturatorii respective pe cale extraperitoneală, prin incizie abdomino-inghi- nală paralelă cu arcada.

Hematomul pelvian subperitoneal apare cînd nu s-a făcut o hemostază minuţioasă sau la bolnavele cu diateze hemoragice. Dacă hematomul este mic, se poate aştepta rezorbţia spontană. Dacă creşte progresiv şi sînt asociate fenomene de hemoragie internă, se reintervine, legîndu-se vasul respectiv şi drenîn- du-se pelvisul cu meşe (tamponaj). în caz că abcedează, se va proceda la fel ca în abcesul pelvian.

3) *Complicaţiile septice urinare postoperatorii* sînt cele mai de temut. Ne vom aştepta la apariţia lor în următoarele situaţii: în caz că s-a disecat (telefonat) ureterul pe o distanţă prea mare; teaca vasculară periureterală descrisă de Wal- deyer a fost lezată; s-a practicat o extirpare mult prea lărgită a pediculilor subureterali şi ligamentelor uterosacrate (secţionarea nervilor vezicali); denudarea de ţesut conjunctiv pe o distanţă prea mare a pereţilor vezicali. în caz de rănire a ureterului sau vezicii, există pericolul instalării fistulelor urinare postoperatoare, chiar dacă plaga a fost suturată.

Tabelul sinoptic alăturat enumeră rezumativ complicaţiile urinare imediat postoperatorii, cauzele şi tratamentul lor:

4) Congestia pulmonară

5) Ileusul paralitic

6) *Flebita postoperatoare apare rar* (în condiţiile climatice ale ţării noastre). Cînd s-a constituit, se recomandă: antibiotice, anticoagulante (heparină, dicumarol, administrate sub controlul timpului de protrombină), infiltraţii cu novocaină splanchno-lombare, perifemurale. Rezultate bune am avut prin fleboaspiraţie precoce, urmată de mobilizare (Chiricuţă 1956).

7) *Atonia ampulei rectale* trebuie combătută (clisme, laxative, mioci- netice).

Complicaţii tardive

Complicaţiile tardive sînt de obicei urinare: fistule vezicale sau ureterale (exteriorizate pe cale vaginală sau abdominală suprapubiană), dar poate apărea subocluzia sau ocluzia prin bride.

Tulburările determinate de castrare se vor trata prin hormonoterapia de suplinire.

Vom dezvolta mai pe larg tratamentul fistulelor urinare.

a) Tratamentul fistulelor vezico-vaginale apărute după histerectomiile totale.

Tratamentul va fi diferit, după:

— condiţiile în care a apărut fistula: pe teren iradiat, după radiumterapie intravaginală sau pe ţesuturi indemne, neiradiate;

— dimensiunea fistulei (mari sau mici).

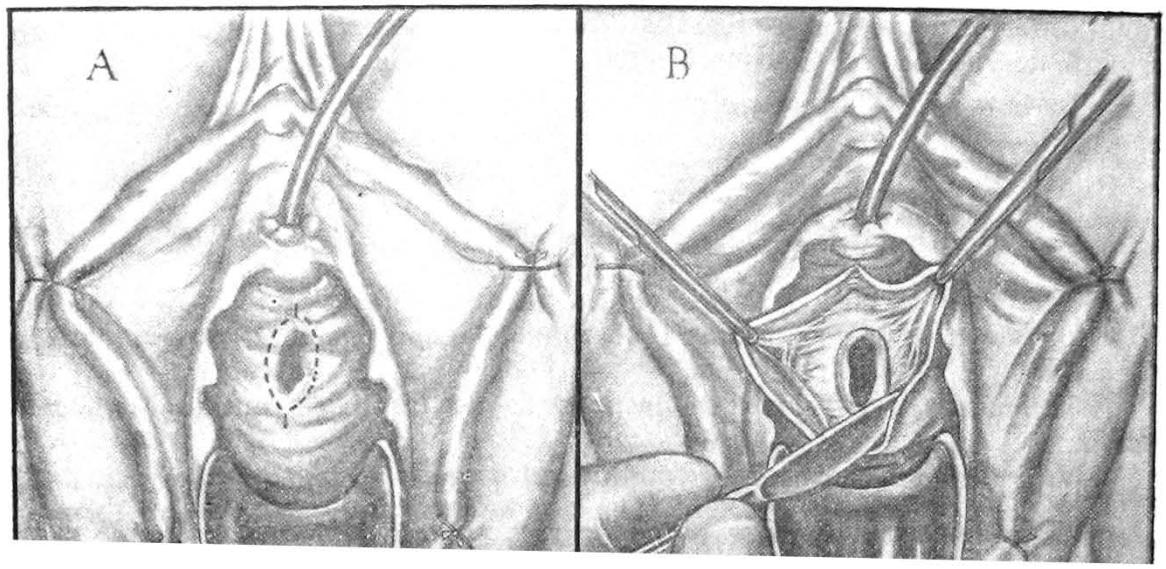
Vom descrie tehnicile utilizate în trei situaţii întîlnite mai frecvent în clinică: 1) fistule mici, apărute pe ţesuturi indemne; 2) fistule mari sau recidivate, apărute pe ţesuturi neiradiate şi 3) fistule mari rădice.

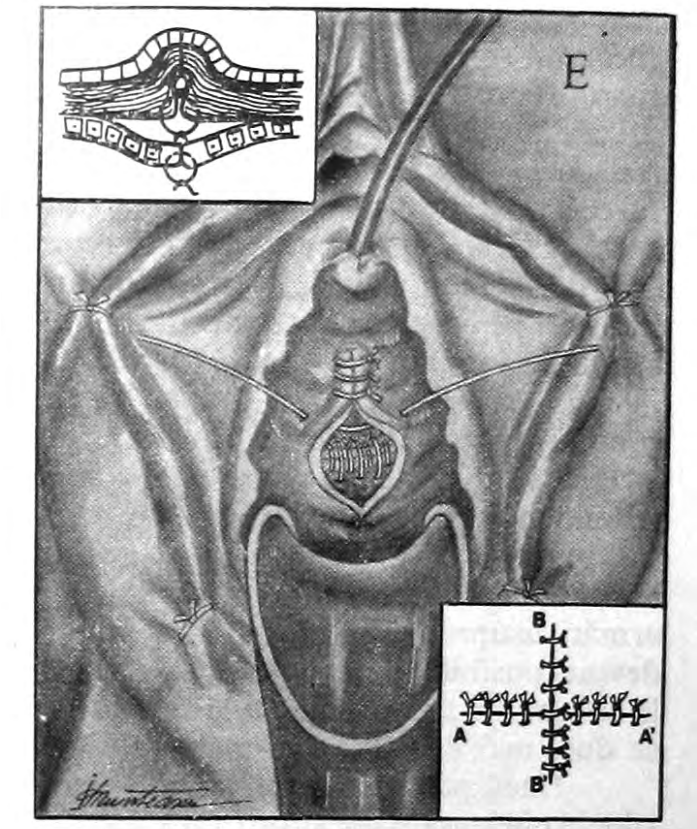
1) Tratamentul fistulelor mici vezico-vaginale apărute pe ţesuturi indemne (neiradiate).

Operarea fistulelor pe cale vaginală*. Prin faptul că ţesuturile nu sînt atinse de distrofia de iradiere, se contează pe o bună vasculari- zaţie şi o troficitate normală, atît a pereţilor vaginali, cît şi a vezicii. Succesul va fi asigurat dacă avivăm mai întîi marginile fistulei, apoi dedublăm larg planul peretelui vaginal de peretele vezical şi refacem planurile disecate (vezical şi vaginal) cu suturi etanşe cu fire izolate de catgut (şi nu de aţă, deoarece generează calculi vezicali). Operaţia se efectuează în bune condiţii pe cale vaginală (fig. 682). Succesul operaţiei ţine de o corectă decolare a planurilor, o perfectă hemostază şi o perfectă sutură, mai ales a planului vezical (sutură etanşă). Este bine ca sutura vezicală să se facă în plan orizontal, iar sutura vaginală în plan vertical, în acest fel, suturile sînt perpendiculare una pa alta (fig. 682 E—cartuş). Vezica va fi obligatoriu drenată cu o sondă vezicală (preferabil Foley), timp de aproximativ 12—14 zile. Apariţia hematomului între cele două planuri suturate (peretele vezical şi peretele vaginal) este unul din factorii care asigură reapariţia fistulei. De asemenea, suturile efectuate sub tensiune (prin insuficienta decolare a celor două planuri) conduc la dehiscenţă şi reinstalarea fistulei.

.* O statistică efectuată de E. Proca (1979) arată că majoritatea autorilor preferă calea de abordare vaginală (88% - Bold, 1959; 71% - Bukowski şi Fischer, 1945-1969; 69% - Masse, 1960; 89% — Anselimo, 1965); în opoziţie, calea de abordare abdominală este folosită numai in cca 3% din cazuri).

Denumirea clinice 1 Cauzele | Tratamentul		
1. Retenţia de urină — Sfincterul vezical in — tern rămîne în contracţie (influenţă predominant simpatică) — Detrusorul nu se con-tractă din cauza lezării inervaţiei para- simpatice.	— Rănirea plexului hipogastric, nervilor erectori şi n. vezicali din pediculii subureterali ; — Dezechilibrul nervos vezical, consecinţă a traumatismului pelvian (tulburare reflexă) ; — Tulburări reversibile prin formarea de căi nervoase colaterale sau reducerea dezechilibrului nervos local.	— Punerea vezicii în repaus prin: — sondaj de 2—3 ori/zi (pri-mele zile); — dacă nu cedează, se intro-duce sonda Pezzer sau Foley, care va fi lăsată pe loc 5—10 zile, după nevoie (dilată şi sfincterul). întreţinerea permeabilităţii sondei, prin spălarea ei.
2. Reziduu vezical (retenţia parţială).	— Atonia muşchiului vezical; — Tulburarea staticii vezicale (prolaps vezical).	— Dacă reziduul trece de 60 ml: sondaj zilnic sau excepţional sondă; î—Strichnină, Vit. B-l
3. Cistita postoperatoare.	— Pareza vezicii, staza şi in-fectarea urinilor; — Tulburări în vascularizaţia vezicii (edem, traumatism direct, iradiere postoperatorie etc.).	— Tratament urologic: anti-biograma se va face sistematic ; — Antibiotice conform anti-biogramei.
4. Pericistita.	— Consecinţa celulitei pelviene.	— Antibiotice; — Pungă cu gheaţă; — Ulterior raze ultrascurte.
5. Distensia ureterobazine- tală temporară.	— Diskinezii ureterale, con-secinţa traumatizării plexului nervos peri ureteral şi a vascularizaţiei ureterului. — Edemul inflamator al ţesu-tului conjunctiv periure-teral-pelvian.	— Atropină, Mialgin (în criza dureroasă); — Strichnină. — Antibiotice; — Pungă cu gheaţă; Cateterism ureteral la nevoie (după control cromocis- toscopic sau urografie).
6. Uretero-hidronefroza constituită.	— Cicatrice pelviană stenozantă periureterală.	— Tratament chirurgical (făcut după eşuarea tratamentului urologic obişnuit); de- bridarea ureterelor din ganga fibroasă, reimplantarea ureterului în vezică, plastie de ureter etc.
7. Infecţia urinară.	— Staza şi infecţia urinilor în vezica atonă şi a ureterohi-dronefrozei (temporară sau definitivă).	— Antibio-chimioterapice (conform antibiogramei). în cazuri rebele (ureterohidro-nefroze constituite) se pune. în discuţie ureteroneocisto- stomia, nefrostomia pe rinichiul hidronefrotic sau excepţional nefrectomia (rinichi compromis total).


A
B



În cartuşul din dreapta al fig. E se poate vedea încrucişarea planurilor de sutură.

2) Tratamentul fistulelor mari vezico-vaginale sau a fistulelor recidivate după mai multe tentative operatorii pe cale vaginală (fistule apărute pe ţesuturi neiradiate)

Operaţiile transperi- t o n e o- v e z i c a 1 e. Pentru asemenea situaţii, care necesită adesea şi reimplantarea unui ureter (sau chiar a ambelor uretere), E. Proca recomandă operaţia Dittel-Forgue-Legueu. Redăm tehnica practicată de E. Proca (1979): operaţia constă în laparotomie subombilicală, cu deschiderea largă a vezicii urinare (cistostomie) şi punerea în evidenţă a orificiului fistulos şi a orificiilor naturale vezicale (uretră, uretere). Se ca'eterizează ambele uretere cu sonde care vor fi păstrate pînă la terminarea suturii vezicale. Decolarea intervezico-vaginală se face cu foarfeca boantă, curbă, fină, sub aspiraţie continuă şi electrocoagularea punctelor hemoragice. Subtrigonal se poate decola pînă la uretră; vezica trebuie decolată şi lateral în ambele părţi, astfel ca buzele plăgii vezicale să se apropie fără tensiune. Palparea sondelor ureterale previne lezarea acestor conducte; cînd leziunea o cere, ele vor fi secţionate deliberat şi reimplantate.

Se excizează marginile fistulei, pentru a îndepărta toate firele nerezorbabile restante de la operaţii anterioare, ţesuturile scleroase etc., pînă ce obţinem ţesuturi sîngerînde, viabile şi bine irigate. Se închide vezica prin suturarea marginilor plăgii vezicale de cistotomie în 3 straturi: un prim strat musculo-mucos cu fire separate de catgut 00; al doilea strat muscular cu fire separate de catgut nr. 3. Se peritonizează linia de sutură vezicală cu catgut subţire în al treilea strat.

Tranşa vaginală va fi închisă cu fire separate de catgut nr. 3, neinversante.

în cazurile în care a rămas un spaţiu larg intervezico-vaginal, E. Proca a plombat cu meşă epiploică pediculată ancorată subtrigonal, sau cu lambou peritoneal alunecat din vecinătate.

Vezica se drenează întotdeauna pe cale uretrală cu sondă Foley nr. 18.

Se drenează pelvisul. Sonda uretrală se menţine cca 14 zile.

Rezultate : din 15 cazuri operate, 14 s-au vindecat per primam (93 %). ,

3) Tratamentul fistulelor vezico-vaginale apărute pe ţesuturi iradiate

O serie de particularităţi legate de condiţiile de apariţie, de dimensiunile mari şi de sediul lor jos vezical, fac ca fistulele vezico-vaginale apărute după tratamentul radio-chirurgical al cancerului colului uterin să formeze o categorie aparte a capitolului fistulelor vezico-vaginale. Analizînd aceste particularităţi, se pot trage următoarele concluzii:

Aceste fistule apar pe un teren distrofic creat de iradierea cancerului de col (radium- şi radioterapie profundă transcutanată) în doze prea mari. Terenul distrofic postradioterapic este reprezentat prin leziuni vezicale şi vaginale caracterizate prin scleroză musculară, atrofia mucoasei (vezicale şi vaginale), hialinizare vasculară intraparietală urmată de teleangiectazii ale mucoasei. Aceste leziuni întrec marginile fistulei pe distanţă destul de mare, atît în vezică, cît şi în vagin, încît tehnicile clasice recomandate (cura fistulei pe cale vaginală sau abdominală prin decolarea planurilor şi sutura lor) sînt foarte greu de realizat, sau sutura realizată pe asemenea ţesuturi distrofice nu oferă garanţia cicatrizării per primam, fistula recidivînd.

în ce priveşte sediul, aceste fistule sînt de obicei jos situate, în regiunea tri- gonului, venind în contact sau fiind foarte aproape de orificiile naturale vezicale (orificiile ureterale şi uretral), zona trigonală fiind cea mai puternic iradiată prin radiumterapie.

Faptul că orificiul fistulei sau inelul de scleroză ce înconjură fistula interesează uneori unul din orificiile ureterale, stenozîndu-1 uşor, nu rămîne fără urmări asupra ureterului şi rinichiului respectiv. Atît la cromocistoscopie (care devine posibilă

numai după tamponarea vaginului cu meşe vaselinizate), cît şi la urografie, se constată tulburări de eliminare ale ureterului respectiv, tulburări ce duc, mai devreme sau mai tîrziu, la uretero-hidronefroză.

Dacă pentru fistulele reirotrigonale se poate face o largă dedublare a planurilor, suficientă unor suturi fără tensiune, în fistulele cu sediu trigonal aceste dedublări sînt limitate de existenţa orificiilor vezicale (orificiile ureterale şi uretral). A forţa întinderea disecţiei planurilor în această regiune înseamnă a prejudicia funcţia acestor orificii, a căror dinamică asigurată de un dispozitiv neuromuscular fragil nu suportă, fără urmări, decolări largi şi suturi sub tracţiune forţată.

De obicei, aceste fistule au dimensiuni mari. Apărute după o operaţie cu decolări întinse ale vezicii, urmate de extirparea unor largi teritorii conjunctive ale pelvisului, cerute de chirurgia radicală a cancerului de col şi pe o vezică iradiată, lipsită în cea mai mare parte de suportul ei conjunctiv, radionecroza vezicală atinge adesea dimensiuni mari, marginea fistulei interesînd uneori cel puţin unul din cele trei orificii naturale ale vezicii.

Menţionăm că în fistulele apărute după iradiere, producîndu-se iniţial un proces de necroză, urmat de un proces de scleroză, fistula poate să continue a-şi mări progresiv dimensunile după apariţia ei.

Deoarece cu tehnicile clasice (vezi capitolul: operaţii plastice—„Tratamentul fistulelor vezico-vaginale" — pag, 565), am înregistrat insuccese; în alte 80 cazuri am folosit cu bune rezultate o tehnică personală, utilizînd ca material pentru plastia vezicală marele epiploon. Redăm tehnica utilizată.

Tehnica epiploonoplastiei vezicale (tehnica I. Chiricuţă, B. M. Goldstein, 1954—1956). Este recomandabil ca ginecologul sau uro- logul să colaboreze cu un chirurg experimentat în chirurgia abdomenului şi pelvisului. Redăm timpii operatori:

Pregătirea preoperatorie constă într-o aseptizare pe cît este posibil a urinilor şi vezicii urinare cu antibiotice administrate perorai. Reechilibrarea hidroelectro- litică şi combaterea anemiei sînt obligatorii. Urografie şi cromocistoscopie obligatorii.

1) Laparotomie mediană pubc-ombilicală, la nevoie extinsă mai sus:

2) Se liberează marele epiploon din eventuale aderenţe şi i se controlează grosimea, lungimea şi vascularizaţia (grosimea vaselor ce formează arcada vasculară bordantă Haller-Barkow şi arcul vascular al marii curburi gastrice).

Operaţia va continua numai dacă există un epiploon acceptabil dezvoltat şi care se pretează la mobilizare şi alungire. Pe măsură ce se cîştigă experienţă în metodele de mobilizare şi alungire a epiploonului, după metoda expusă, chirurgul poate utiliza şi epiplooane puţin dezvoltate, deoarece pentru repararea unei fistule mari nu este necesară o suprafaţă prea mare de epiploon.

3) Cistotomie mediană largă (după izolarea atentă a abdomenului prin cîmpuri), cu punerea în evidenţă a orificiului fistulos vezico-vaginal, incizia interesînd marginea superioară a fistulei (fig. 683). Se verifică raporturile existente între orificiul fistulos şi orificiile naturale vezicale (bolnava are sondă Pezzer introdusă preoperator uretral). Dacă orificiile ureterale sînt invizibile, fiind incluse în circumferinţa fistulei, se impune injectarea unei fiole de indigocarmin intravenos şi reperarea meatului ureteral după picătura de urină colorată ejaculată. Dacă explorările urologice anterioare au arătat o uretero-hidronefroză sau întîr- zieri în eliminare, sau dacă orificiile ureterale sînt prea aproape de marginea fistulei, se vor cateteriza ureterele cu sonde şi se va explora porţiunea pelviană a ureterelor prin incizarea peritoneului. Constatarea unei cuduri ureterale sau strangularea lui în cicatricea parametrelor impune liberarea ureterului pînă la vezică (ureteroliză). Stenoza orificiului ureteral prin ţesutul cicatriceal perifistulos

impune incizarea pe sondă a orificiului ureteral respectiv (fig. 684). La nevoie, se poate exciza un mic triunghi din peretele anterior al inelului scleros din dreptul orificiului ureteral stenozat, fapt ce determină o comunicare largă a ureterului dilatat cu lumenul vezical. Procedînd astfel, am evitat operaţia plastică de reimplantare a ureterului dilatat în peretele vezical, pentru a crea un nou orificiu uretero-vezical (uretero-neocistostomie). Rezultatele îndepărtate au fost în general bune, ureterul dilatat revenind la un calibru normal

4) Liberarea marginilor fistulei se face de jur-împrejurul orificiului fistulos (fig. 683 cartuş). Liberarea laterală a marginilor fistulei se va face pe o distanţă de 0,5—1 cm, prin dezlipirea peretelui vezical de planurile subiacente. Dacă situaţia orificiilor ureterale nu permite, se va face o decolare în bloc uretero-vezicală, la distanţă de uretere, pentru a nu le leza. Odată dezlipirea marginilor fistulei terminată, avivarea lor nu mai este necesară. Deseori este imposibilă sutura marginilor fistulei, din cauza sclerozării ţesuturilor.

Este de preferat, fără a fi obligatoriu, să se prepare prin decolarea în jos marginile vaginului pe aproximativ 1 cm distanţă şi apoi să se coasă cu 2—3 fire izolate de catgut orificiul superior vaginal (sutură simplă, fără a ţine seama dacă sutura este sau nu etanşă) (fig. 685).

într-un caz în care prepararea marginilor vaginului a fost imposibil de realizat din cauza friabilităţii şi sclerozei ţesuturilor iradiate, ne-am mulţumit cu extirparea mucoasei vaginale prin racalare sub forma unui guleraş pe distanţă de 1 cm sub orificiul vaginal al fistulei, lăsînd vaginul nesuturat.

5) Prepararea epiploonului. Se trage uşor de epiploon şi se pun în evidenţă colonul transvers şi marea curbură a stomacului (în majoritatea cazurilor stomacul apare de la sine în partea superioară a cîmpului operator). Mobilizarea şi alungirea epiploonului

pentru a fi coborît în pelvis se efectuează după una din metodele descrise de noi (fig. 686), în funcţie de dimensiunile, grosimea şi vascularizaţia lui.

în primii ani, am utilizat exclusiv mobilizarea epiploonului sub forma de « meşă vie» (fig. 686 D. — E.). Dacă arcada vasculară marginală Barkow este slab dezvoltată, această tehnică trebuie evitată, existînd teoretic pericolul sfacelării epiploonului mobilizat (noi nu am avut niciodată o asemenea complicaţie la mobilizarea sub formă de meşă). Din 1960, am folosit întotdeauna alungirea şi mobilizarea epiploonului în bloc cu arcul vascular gastro-epiploic al marii curburi gastrice (fig. 686 A—C), care oferă o alungire mai mare şi o securitate crescută a circulaţiei marelui epiploon. Cînd epiploonul a fost excesiv de lung, ajungînd liber în pelvis, l-am utilizat fără nici o manevră specială de mobilizare.

Pentru a evita posibilitatea infectării cavităţii peritoneale, de obicei procedăm mai întîi la mobilizarea epiploonului şi după aceea practicăm cistotomia şi tratamentul fistulei. Nu am avut niciodată fenomene de peritonită cînd am procedat invers.

Atragem insistent atenţia ca pe suprafaţa epiploonului care va veni în contact cu lumenul vezical să nu existe ligaturi făcute cu aţă sau alt material nerezorbabil. Existenţa acestor fire nerezorbabile va predispune la apariţia sigură a unor calculi vezicali organizaţi în jurul firelor de aţă. De aceea, pe suprafaţa epiploonului ligaturile le efectuăm numai cu fire rezorbabile de catgut.

6) Epiploonoplastia orificiului vezical al fistulei. Se plicaturează epiploonul în sens axial (şi nu transversal), pentru a nu-i tulbura vascularizaţia, realizîndu-se o meşă epiploică groasă. Se coboară epiploonul mobilizat în spatele orificiului fistulos vezical, ancorîndu-se meşa (vîrful ei) cu un fir gros de catgut trecut trans- fixiant prin peretele vezical, cît mai jos, sub marginea inferioară dezlipită a fistulei (firul este trecut în U şi înnodat în lumenul vezical) (vezi fig. 685). Este singurul fir de sutură al orificiului fistulei, care se utilizează în acest procedeu. în felul acesta, meşa epiploică închide ca un oblon orificiul fistulos, interpunîndu-se între vezică şi vagin (vezi fig. 685 cartuş stînga).

Dacă vezica a fost dezlipită în bloc cu ureterele, se insinuează epiploonul în spaţiul de dezlipire creat.

Dacă vîrful meşei epiploice nu poate fi ancorat cu acest fir, cît mai jos în spatele vezicii, se va recurge la orice alt punct de sutură între vezică şi epiploon. Condiţia este ca epiploonul sa oblitereze complet orificiul fistulos vezical.

Dacă vaginul nu a putut fi închis, ci numai avivat în porţiunea sa superioară,, prin chiuretarea mucoasei vaginale, meşa epiploică va fi coborîtă (3—4 cm) în vagin, astupînd ca un dop lumenul vaginal.

Excesul epiploic intravaginal se retractă singur prin fibrozare sau poate fi rezecat ulterior (manevră pe care nu o recomandăm, dat fiind pericolul de perforare a vezicii şi reapariţie a fistulei).

Menţionăm că marginile orificiului fistulos vezical nu se suturează între ele şi nici la epiploonul coborît (acesta se fixează cu două fire laterale la vezică) (fig. 685 cartuş dreapta). Coalescenţa se va face datorită forţei fibroplastice a ţesutului mezenchimatos epiploic. Prezenţa epiploonului, dotat cu o excepţională putere absorbtivă şi fagocitară, garantează evoluţia aseptică a cicatrizării. Este vorba deci, în tehnica noastră, de o înlocuire a peretelui vezical cu epiploon şi nu de o protejare a unei suturi vezicale, cum face Bastiaanse*. în tehnica noastră marginile fistulei nu se suturează. Coborîrea epiploonului în spatele orificiului fistulos vezical poate fi comparată, în tehnica noastră, cu coborîrea unei cortine care acoperă şi separă scena de sala de spectacol.

7) Sutura inciziei de cistotomie. Sutura se începe imediat deasupra marginii superioare a orificiului fistulos şi interesează toată lungimea inciziei vezicale create de chirurg în scop explorator (sutură în dublu strat, cu fire de catgut) (vezi fig. 685 cartuş dreapta).

8) Fixarea epiploonului coborît în pelvis. Epiploonul coborît în pelvis trebuie fixat la pereţii abdomenului şi pelvisului, pentru a împiedica apariţia ulterioară a unor ocluzii prin volvularea intestinelor în jurul acestei puternice corzi epiploice. Noi am folosit una din următoarele trei modalităţi: a) epiploonul va fi deviat în spaţiul parieto-colic (drept sau stîng), după cum s-a ales ca pedicul nutritiv artera gastroepiploică dreaptă sau stîngă (fig. 687). Fixarea la peritoneul parietal va fi făcută cu fire nerezorbabile, pentru a asigura o fixare definitivă. Firele de catgut s-ar rezorbi şi epiploonul şi-ar recăpăta mobilitatea. Se va avea grijă ca epiploonul să nu compreseze colonul transvers. De aceea, se vor ocoli unghiurile colice (vezi fig. 687);

b) alteori, epiploonul l-am suturat în lungul colonului (ascendent sau descendent), suturile ancorînd epiploonul la tenia colică;

c) în ultima vreme am suturat epiploonul la peritoneul peretelui anterior al abdomenului, la aproximativ 10 cm în afara inciziei de laparotomie. Acest mod de fixare este cel mai uşor de executat tehnic, evitînd şi eventualele compresiuni pe colon. De asemenea, în eventualitatea unei noi laparotomii, el se va afla înafara liniei de incizie mediană a peretelui abdominal.

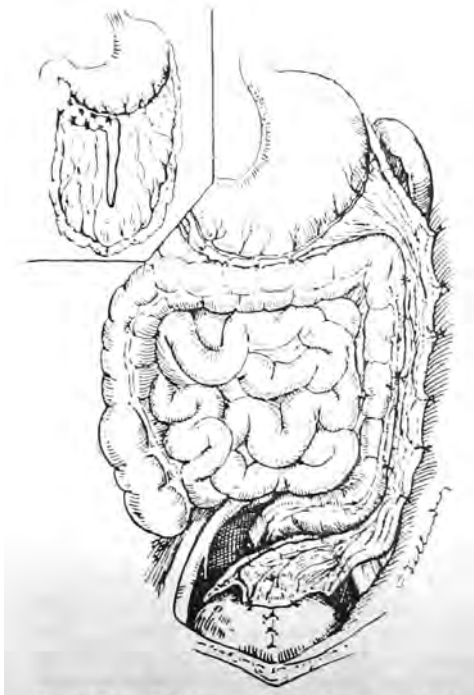


Fig. 687. — Tehnica epiploonoplastiei vezicale. Prepararea marelui epiploon se face printr-o incizie care respectă arcada vasculară marginală Haller (în cartuş). După pediculizare, epiploonul este coborît în pelvis prin spaţiul parieto-colic, fiind fixat cu fire izolate la peritoneu.

Turner-Warwick, care în 1967 publică un studiu din care rezultă că a adoptat procedeul nostru de epiplo- onoplastie a fistulelor vezico-vaginale, procedează astfel cu fixarea epiplo- nului. Citǎm din ultimul său articol publicat în « The Journal of Urology » voi. 116, 1976, modul cum procedează: « Epiploonul pediculat trebuie să fie aşezat extraperitoneal cît mai departe posibil şi aceasta necesită mobilizarea colonului ascendent (sau descendent), plasînd epiploonul retro- colic». Turner-Warwick recomandă şi practicarea unei apendicectomii de rutină (atunci cînd epiploonul este plasat retrocolic în dreapta), pentru a evita secţionarea pediculului nutritiv epiploic în cazul unei operaţii ulterioare pentru o apendicită.

De asemenea, tot el recomandă ca epiploonul pediculat şi coborît în pelvisul femeilor susceptibile de a avea sarcini, să fie aşezat într-un tunel extraperitoneal, pentru a se evita obstruarea trompelor uterine prin compresiunea efectuată **de epiploon.** Aceste precauţii recomandate de Turner-Warwick, analizate prin experienţa noastră, ni se par în mare parte inutile şi că îngreunează tehnica.

O operaţie destul de dificilă, cum este epiploonoplastia fistulelor vezico- vaginale, nu trebuie încărcată cu încă o operaţie de mobilizare a unghiului colic (drept sau stîng) şi a colonului respectiv, operaţie suplimentară care necesită o tehnică destul de greoaie prin ea însăşi.

Fig. 688. — Tehnica epiploonoplastiei vezicale. Înlocuirea ţesutului conjunctiv retrovezical extirpat prin epiploonul coborît (în pelvis în lipsa peritoneului pelvian, epiploonul poate servi la peritonizare).

Ni se pare de asemenea exagerată şi practicarea profilactică a apendicecto- miei, operaţie care încarcă inevitabil septicitatea cavităţii peritoneale, iar pericolul sterilităţii prin blocarea unei singure trompe nu poate fi luat în consideraţie. Dealtfel, ultima din modalităţile de fixare a epiploonului, propuse de noi (fixarea la peretele anterior abdominal) evită toate acele posfbile complicaţii întrevăzute de Turner-Warwick.

9) Peritonizarea pelvisului (fig. 688) nu este obligatorie.

10) Drenajul pelvisului, pentru orice eventualitate, va fi făcut cu un tub de cauciuc plasat în Douglas, exteriorizat suprapubian. Tubul va fi suprimat după 4—8 zile.

11) Sutura peretelui abdominal.

Urmările postoperatorii sînt în general simple. în afară de balonare abdominală şi vărsături, care durează 1—2 zile, fenomene inconstante, cauzate probabil de mobilizarea şi fixarea epiploonului, nu menţionăm alte complicaţii. în ultimii ani, am plasat un tub de aspiraţie continuă în stomac şi evoluţia a fost întotdeauna simplă. Pezzer-ul vezical se suprimă a 12-a—a 14-a zi după operaţie. în ultimii ani, am folosit sonda Foley pentru cateterizarea vezicii, introdusă la sfîrşitul operaţiei.

Vindecarea fistulei s-a făcut în toate cazurile, cu toate că majoritatea au fost cazuri foarte grele, refuzate de alte clinici, cu fistule mari, care ar fi cerut implantarea ureterelor în rect, în lipsa acestei metode de epiploonoplastie.

Fundul fistulei, format din epiploon, s-a epitelizat treptat în toate cazurile, pentru ca la controlul cistoscopic distanţat să nu se mai observe aproape nici o diferenţă între mucoasa ce acoperă epiploonul şi restul mucoasei (zona respectivă este mai palidă, fără reţea vasculară vizibilă).

De asemenea, nu s-a constatat nici o tulburare a dinamicii ureterale.

Cercetări experimentale interesante asupra evoluţiei ulterioare a epiploonului din zona fistulei şi a modului de urotelizare a epiploonului respectiv au fost efectuate de B.M. A. Goldstein şi Dearden (1966). Cercetările au fost efectuate pe iepuri, cărora li s-a extirpat o parte din vezică, defectul fiind acoperit cu epiploon. în scurt timp, epiploonul s-a integrat în peretele vezical, el fiind acoperit de uroteliu şi în grosimea epiploonului din dreptul fistulei apar în mod progresiv fascicule de fibre musculare, ceea ce denotă o muscularizare treptată a peticului de epiploon.

Uroteliul de acoperire apare ca rezultat al extinderii uroteliului vezical dinspre vezică spre epiploon; o parte din uroteliu are originea în celulele mezenchimale multipotenţiale localizate în epiploon.

Un studiu experimental asupra aceleiaşi probleme a fost efectuat în Laboratorul de chirurgie experimentală al Institutului nostru de D. Munteanu.

în foarte rare cazuri am constatat imediat postoperator o scurgere a urinilor fie prin tubul de drenaj abdominal suprapubian, fie prin vagin. în acest caz, tubul de drenaj suprapubian nu se va scoate decît după 6—7 zile, suturîndu-se progresiv. Chiar după suprimarea lui se mai scurge urină puţină; aceasta va înceta în cîteva zile. Pierderile de urină prin vagin au persistat uneori şi 2 săptămîni postoperator.

întotdeauna însă ele au încetat după acest interval de timp, micul orificiu persistent fiind închis prin forţa fibroplastică cicatrizantă a epiploonului. Bineînţeles că în aceste situaţii cateterul vezical (sonda Pezzer sau Foley) va fi menţinut mai mult timp, dar nu va depăşi 21 zile. Postoperator, la scurt interval micţiunile devin normale, vezica îşi măreşte progresiv capacitatea şi urinile devin clare şi fără leucociturie.

în concluzie, metoda epiploonoplastiei pelvisului în fistulele vezicale după tehnica pe care o propunem are o serie de avantaje indiscutabile asupra tuturor metodelor de tratament cunoscute în literatură, avantaje ce pot fi sistematizate astfel:

a) «Stofa» utilizată pentru plastie (epiploonul) întruneşte calităţile cerute de materialul ce trebuie să asigure închiderea ideală a unei fistule, calităţi neîn- tîlnite la nici o altă « stofă » utilizată în procedeele clasice cunoscute astăzi (perete vezical, vaginal sau intestifi subţire). în procedeul nostru, executăm plastia cu un material biologic dotat cu o putere de coalescenţă, metaplazie şi cicatrizare pe care nu le au celelalte ţesuturi folosite pînă în prezent în tratamentul fistulelor vezico-vaginale. Acest material corespunde intrutotul scopului, prin faptul că este bine vascularizat, bogat în ţesut mezenchimal activ şi de dimensiuni mult mai mari decît dimensiunile cerute de opercularea fistulei.

2)în fistulele rădice, unde toate tehnicile cunoscute se lovesc de dezavantajul folosirii unor «stofe» atinse de distrofia iradierii, aportul unui material biologic de la distanţă, neiradiat şi dotat cu calităţi plastice excepţionale, este o garanţie pentru vindecarea fistulei.

3)Tehnica simplă a acestui procedeu şi faptul că nu utilizează suturi între materialul plastic şi vezică, suturi ce formează punctul critic al tuturor metodelor cunoscute pînă astăzi, fac această metodă să fie uşor aplicabilă.

4)Spre deosebire de tehnicile cunoscute, procedeul nu cere o decolare întinsă a peretelui vezical, lucru care se face cu dificultate în fistulele rădice şi expune Ia tulburări ale funcţiei orificiilor naturale ale vezicii.

5)Procedeul necesitînd suturi, nu se cere, pentru aplicarea lui, o aşteptare îndelungată între apariţia fistulei şi intervenţia curativă, aşteptare care în toate celelalte procedee este lungă şi indispensabilă, pentru a permite constituirea («definitivarea») marginilor fistulei.

6)Procedeul oferă o soluţie uşoară şi pentru fistule trigonale mari, ce interesează orificiile ureterale, evitînd recurgerea la soluţii nefiziologice, ca implantarea ureterelor în sigmoid sau a altor tehnici complicate (reimplantarea ureterelor în vezică, după sutura fistulei).

7)Importanţa epiploonoplastiei pelviene retrovezicale, ca metodă de prevenire a fistulelor vezicale, în cazul decolărilor întinse sau rănirii şi suturării vezicii în cursul limfadenohisterocolpectomiei, trebuie reţinută.

8)în cazurile operate de noi (unele cu fistule mari şi grave ca sediu), am înregistrat numai succese (78 cazuri din 80 cazuri operate). [1]

9)în fistulele apărute după tratamentul radio-chirurgical al cancerului colului uterin, calea abdominală are avantaje nete asupra celei vaginale:

— calea abdominală permite şi controlul pelvisului («a doua privire») unei bolnave operate pentru un cancer a cărui malignitate locoregională este bine cunoscută. în acest fel, se pot extirpa eventuale recidive sau adenopatii canceroase care au evoluat în intervalul scurs între histerectomia totală, apariţia fistulei rădice (care poate apărea la interval foarte lung, luni sau chiar ani) şi cura operatorie a fistulei;

— calea abdominală permite ureteroliza şi debridarea orificiilor ureterale dacă există stenozarea şi înglobarea lor în ţesutul de scleroză cicatriceală.

b) Tratamentul fistulelor uretero-vaginale apărute după histerectomiile lărgite.

Cauzele acestor fistule pot fi multiple: sfacelarea ureterului, consecinţă a devitalizării ce urmează jupuirii tecii proprii, secţiunea conductului cu ocazia preparării lui (cel mai adesea din neatenţie), strivirea în pensă, înţeparea şi trecerea firului prin el, cu ocazia peritonizării etc. De obicei, sediul acestor fistule este porţiunea parauterină şi juxta vezicală a ureterului (sediu jos); excepţional, fistula poate avea sediu înalt (strimtoarea superioară). Fistula ureteralăprin sfacel se instalează de obicei la oarecare interval după operaţie (10—14 zile); cînd se manifestă imediat postoperator, înseamnă că ureterul a fost secţionat total sau parţial. Fistula ureterală se poate exterioriza pe cale vaginală (mai frecvent) sau pe cale

abdominală (mai rar). Uneori se poate închide spontan (în caz de leziune parţială a peretelui ureteral); de aceea, tratamentul chirurgical nu va fi indicat decît după definitivarea fistulei. Se va controla repetat prin urografie starea ureterului supra- iacent. deoarece deseori fistula se însoţeşte de o stenoză parţială a ureterului la acest nivel.

Indicaţii de op e r abilitate. Redăm, după Th. Burghele, indicaţiile operatorii în asemenea situaţii:

« Cînd restabilirea continuităţii ureterului pelvian prin anastomoză termino- terminală este practic imposibil de făcut, din cauza ţesutului cicatricial care a înglobat ureterul, rezecţia acestui manşon cicatricial perilezional, împreună cu ureterul, pe o porţiune de cîţiva centimetri, duce la scurtarea ureterului şi anastomoza făcută în tracţiune va duce la un eşec sigur. Dacă leziunea este juxtavezicală,. se practică o uretero-cistoneostomie directă sau se recurge la reconstrucţia ureterului pelvian printr-un lambou vezical tubulat, care permite refacerea conductului pe o porţiune înaltă pînă la 10 cm, adică în mod practic a întregului ureter pelvian. Aceste intervenţii nu sînt recomandate decît dacă ureterul şi rinichiul respectiv au valoare funcţională satisfăcătoare. Implantarea ureterului în rect este o soluţie condamnabilă» (Th. Burghele). Menţionăm că în caz de necroză ureterală pe o distanţă mai mare, am utilizat cu succes plastia ureterului cu ansă ileală exclusă (uretero-ileo-cistopîastia).

Prezentăm tehnicile operaţiilor enumerate.

Tehnica ureter o-c istoneostomiei pe cale intraperi- t o n e al ă. Obiectivele tehnicii:

— să realizeze o anastomoză solidă şi fără tracţiune între ureter şi vezică;

— porţiunea implantată a ureterului să fie integră din punct de vedere anatomic. Lezarea peretelui ureteral la acest nivel, mai ales a mucoasei, duce la stenozare;

— ureterul să fie implantat cît mai aproape de locul său natural de implantare în vezică (porţiunea fixă a vezicii). Implantarea în cornul vezical (porţiune mobilă a vezicii) este supusă dezunirii sau generează diskinezii ureterale tardive;

— implantarea să fie pe cît se poate oblică, pentru a împiedica refluxul vezico-ureteral.

Tehnica:

1. *Laparotomie mediană pubo-ombilicală.*
2. *Reperarea ureterului lezat şi aprecierea sediului fistulei.*
3. *Izolarea ureterului respectiv de sus în jos*, după incizarea peritoneului,. pînă se ajunge în zona cicatricială perifistuloasă, unde ureterul se secţionează (conductul fiind sănătos la nivelul secţiunii). Ureterul supraiacent fistulei se izolează pe o distanţă suficient de lungă (pînă la strîmtoarea superioară) pentru a permite apropierea de vezică fără tracţiune. Pentru protejarea ureterului mobilizat, unii autori (Th. Ionescu, Brunschwig ş.a.) nu telefonează ureterul, ci îl mobilizează cu o langhetă peritoneală deasupra lui, lată de 2 cm.

4. Capătul inferior stenozat-fistulizat se rezecă şi se leagă în apropiere de intrarea în vezică.

5. Prepararea capătului superior ureteral pentru implantare se face după două procedee:

— *procedeul Bazy :* se trec cu acul atraumatic încărcat cu fir de in 000, trei fire ce încarcă numai adventiţia şi parţial musculoasa; firele vor fi trecute aproximativ la 1—1 1/2 cm mai sus de locul de secţiune a ureterului, fiind păstrate lungi, după înnodare (fig. 689). Ureterul se cateterizează cu o sondă ureterală;

— *procedeul Payne :* se crapă pe o distanţă de 1—1 1/2 cm capătul ureteral, fiecare buză fiind ancorată cu cîte un fir de in păstrat lung (fig. 690).

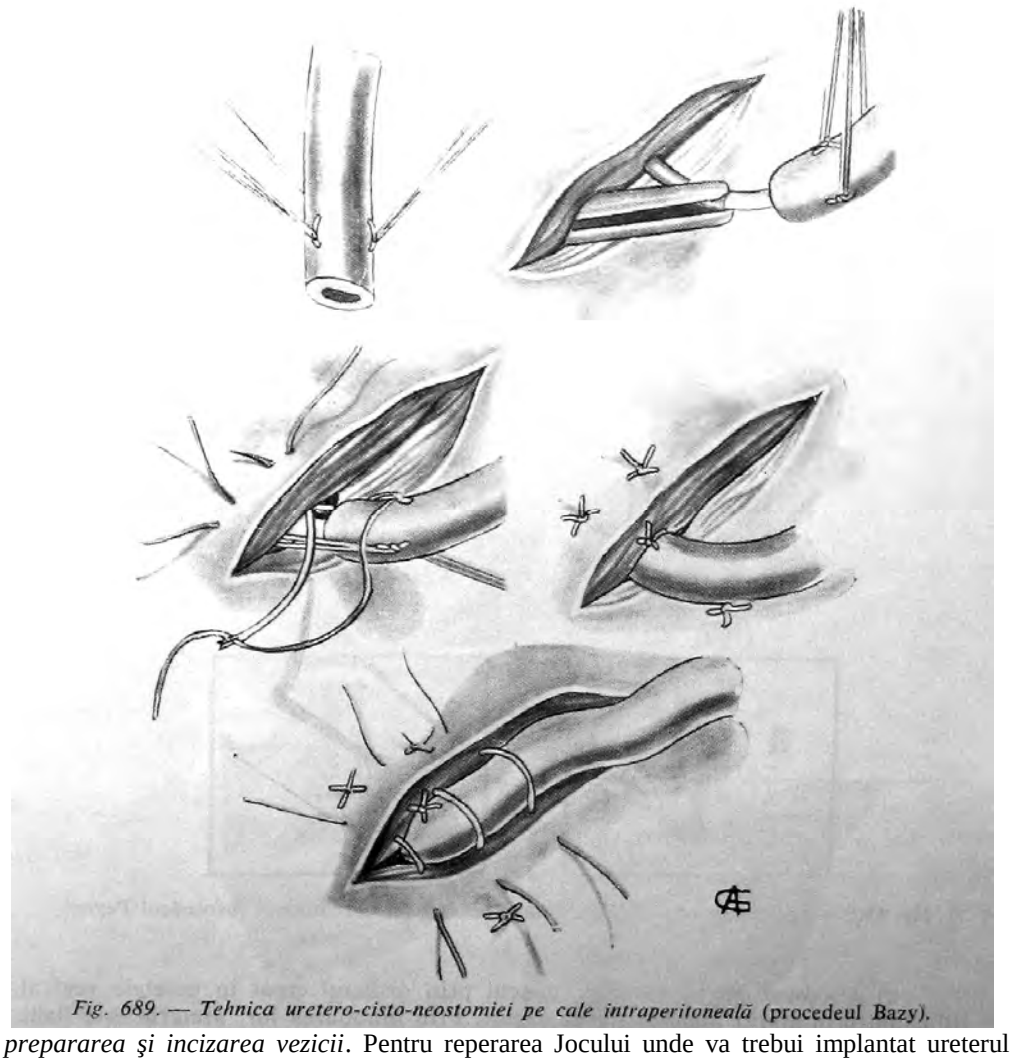


Fig. 689. — Tehnica uretero-cisto-neostomiei pe cale intraperitoneală (procedeul Bazy).

6. *Reperarea, prepararea şi incizarea vezicii*. Pentru reperarea Jocului unde va trebui implantat ureterul în vezică, se recomandă manevrarea unui Benique (introdus intravezical prin uretră de un asistent) pentru ca secţiunea peretelui vezical să se facă cît mai aproape de locul normal de implantare ureterală. Pentru uşurarea secţiunii se vor trece două fire tractoare prin peretele vezicii Ia Jocul respectiv. Se incizează strict stratul muscular pe 2—3 cm, axul de secţiune fiind paralel cu implantarea normală a ureterului. Mucoasa va fi puncţionată cu bisturiul în colţul inferior şi intern. Prin uretră un asistent introduce o pensă curbă, care fixează mucoasa pentru puncţionare şi ajută la tragerea capătului ureteral. 7. *Anastomoza se execută după mai multe procedee :*

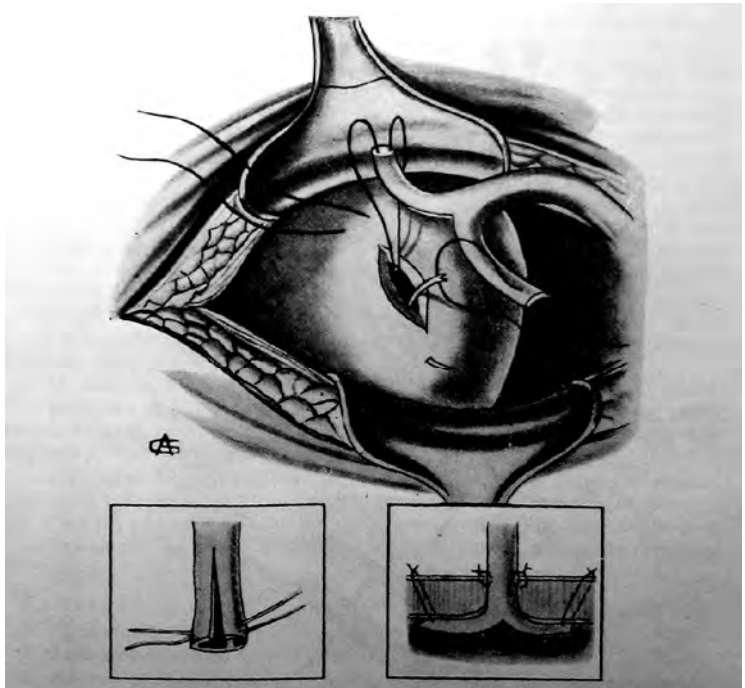


Fig. 690. — Tehnica uretero-cisto-neostomiei pe cale intraperitoneală (procedeul Payne).

a) *procedeul Bazy:* se trec cu acul prin orificiul creat în peretele vezical (dinăuntru în afară) firele fixate pe ureter. Prin înnodarea lor, ureterul este fixat la vezică, extremitatea sa spînzurînd ca o trompă intravezical (se opune refluxului) (fig. 689). Bazy recomandă şi ancorarea mucoasei vezicale la adventiţia ureterală cu două fire subţiri de catgut. Se culcă apoi ureterul în jgheabul muscular creat în peretele vezical, pentru a crea o implantare oblică şi se suturează breşa vezicală cu cîteva fire de catgut, avînd grijă ^a ureterul să nu fie sugrumat;

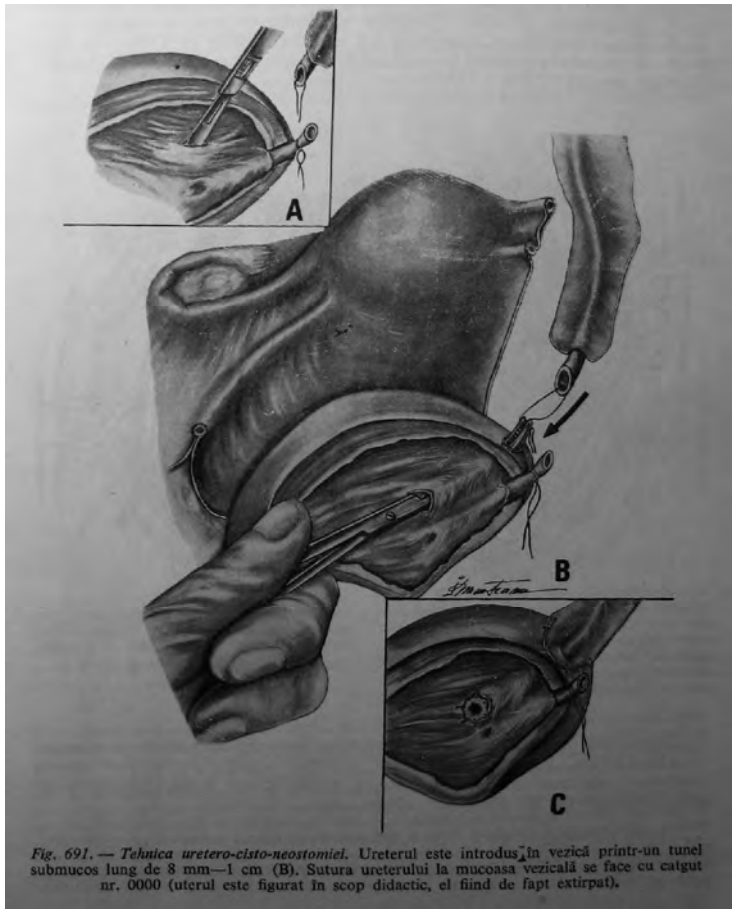


Fig. 691. — Tehnica uretero-cisto-neostomiei. Ureterul este introdus în vezică printr-un tunel submucos lung de 8 mm—1 cm (B). Sutura ureterului la mucoasa vezicală se face cu catgut nr. 0000 (uterul este figurat în scop didactic, el fiind de fapt extirpat).

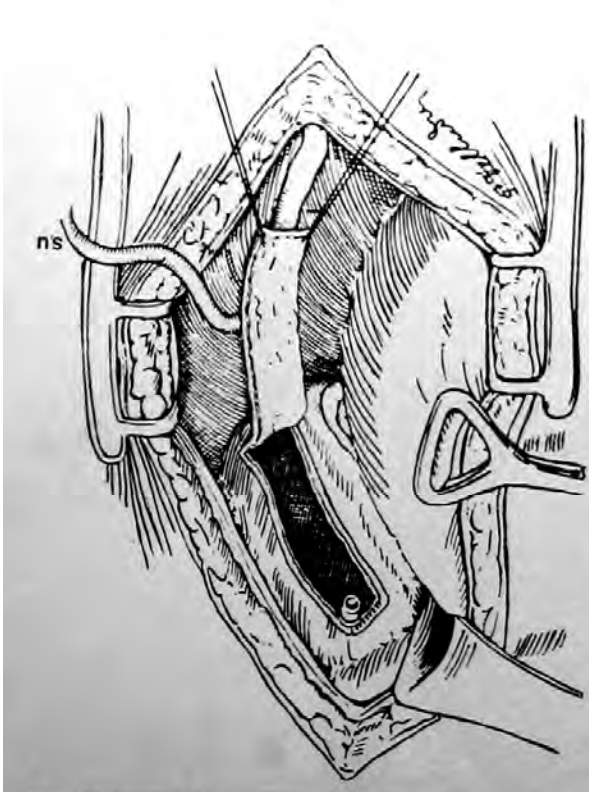


Fig. 692. — Tehnica reconstrucţiei ureterului pelvian prin lambou vezical tubulat. (Figurile acestei tehnici sînt luate după Th. Burghele.) Lamboul vezical este răsturnat şi adus spre ureterul preparat şi cateterizat cu o sondă ureterală s.u. pentru scurgerea urinilor în afara plăgii.

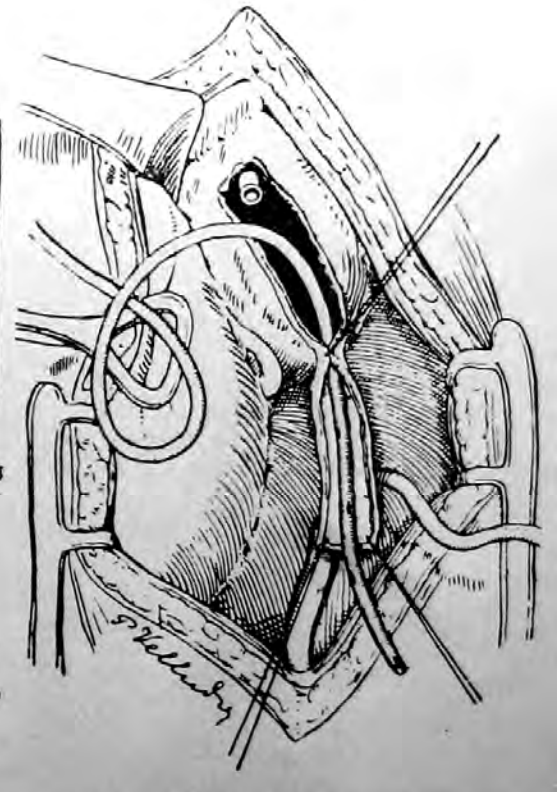


Fig. 693. — Tehnica reconstrucţiei ureterului pelvian prin lambou vezical tubulat. Tubularea lamboului vezical se face cu o sondă ureterală care va servi de mulaj.

TEHNICI CHIRURGICALE

b) *procedeul Payne:* se trec cu acul firele tractoare prin peretele vezical, astfel ca buzele ureterului crăpat să fie fixate la mucoasa vezicală (fig. 690). Se aplică două fire de catgut între vezică şi adventiţia ureterală.

c) *Procedeul trecerii ureterului printr-un tunel terminal submucos.* Ureterul va parcurge deci un traiect în peretele muscular al vezicii şi un al doilea traiect, de cca. 2 cm sub mucoasa vezicală (fig. 691). Implantarea aceasta «oblică» în vezică realizează o adevărată supapă care se opune refluxului urinilor în ureter.

8. *Peritonizarea pelvisului* — drenajul pelvisului cu tub de cauciuc.

9. *Se introduce sondă Pezzer în vezică* prin uretră, care va fi lăsată pe loc 10—15 zile (în caz că s-a folosit şi sondă ureterală, aceasta va fi scoasă cistoscopic la acelaşi interval).

Rezultatele sînt bune, dacă nu s-a stenozat gura de implantare a ureterului.

Tehnica reconstrucţiei ureterului pelvian prin lambou vezical tubulat (Casatti, Boari, Kuss). Redăm tehnica utilizată şi descrisă de Th. Burghele (1955):

Incizie inghino-iiiacă oblică în jos şi înăuntru. Se decolează peritoneul şi se descoperă ureterul retroperitoneal; se pune în evidenţă leziunea (fistulă, cicatrice, ureterită stenozantă). Se eliberează porţiunea interesată a ureterului, timp uneori dificil din cauza procesului de periure- terită, sau a blocului sclero-infiamator şi se practică secţiunea proximală în zonă sănătoasă.

Segmentul patologic se rezecă şi pe capătul distal se pune o ligatură cu catgut. Prin capătul proximal al ureterului se trece provizoriu o sondă ureterală în bazinet, pentru a drena urina în afara cîmpului operator. Se umple vezica cu 200—300 ml apă sterilă, prin sonda ureterală (Nelaton nr. 20) sau orice sondă groasă de cauciuc cu vîrful secţionat introdusă preoperator în vezică. Această manevră se face pentru a uşura degajarea şi expunerea feţei anterioare şi celei laterale corespunzătoare a vezicii. Se trasează viitorul lambou din peretele postero-lateral corespunzător al vezicii, cu pediculul de legătură la bază, deasupra trigonului, cît mai aproape de cornul vezicii, înalt după necesitate pînă la 8 — 10 cm, lat de cca 25 mm, puţin mai larg la bază decît la extremitatea liberă (fig. 692). După evacuarea conţinutului vezical prin sonda uretrală, se deschide cu bisturiul vezica pe una din laturile mari ale lamboului şi eliberarea se continuă cu foarfecele. Lamboul astfel eliberat este răsturnat cu ajutorul a două fire tractoare trecute prin musculoasa vezicală la nivelul unghiurilor libere (vezi fig. 692). Ne asigurăm că materialul prelevat pentru plastie ajunge la capătul ureterului, fără să necesite tracţiuni sau torsiuni care să-i împiedice vascularizaţia. Se tubulează acest lambou în jurul unei sonde ureterale groase din material plastic şi se procedează la sutură. Primul punct este efectuat Ia unghiul inferior, la unirea vezicii cu baza lamboului (fig. 693). Sutura marginilor laterale continuă cu puncte separate de catgut 000, cu ace curbe atraumatice, de la bază către extremitatea liberă a lamboului. Punctele vor fi executate minuţios, luînd mult din musculoasă şi foarte puţin din mucoasă. Tubul

astfel constituit, se procedează la anastomoza termino-terminală Sntre acesta şi ureterul secţionat, în puncte separate, cu acelaşi material de sutură care a servit la confecţionarea tubului, nodurile fiind făcute la exterior. Sonda ureterală pe care s-a modelat tubul vezical jenează Intrucîtva executarea punctelor posterioare ale anastomozei. De aceea, ea se retrage pînă cînd extremitatea sondei ajunge la nivelul extremităţii libere a lamboului tubulat şi se execută mai intîi punctele posterioare ale anastomozei (cca 3—4) (fig. 694). în acest moment sonda ureterală este împinsă deasupra joncţiunii tubuloureterale, pînă la bazinet; se completează punctele de anastomoză laterale şi anterioare (în total anastomoza necesită 7 sau 8 puncte). Prin breşa vezicală, capătul vezical al sondei ureterale se trece în ochiul sondei uretrale, în timp ce un ajutor menţine sonda prin intermediul unei pense la baza tubului, pentru ca aceasta să nu iasă din bazinet (fig. 695). Cînd sonda ureterală apare la exterior prin lumenul sondei uretrale, un ajutor trage uşor de aceasta din urmă pînă cînd iese din vezică şi apoi introduce o sondă Pezzer. Se procedează la închiderea vezicii; drenaj cu tub subperitoneal. Evoluţia postoperatorie este simplă; sonda

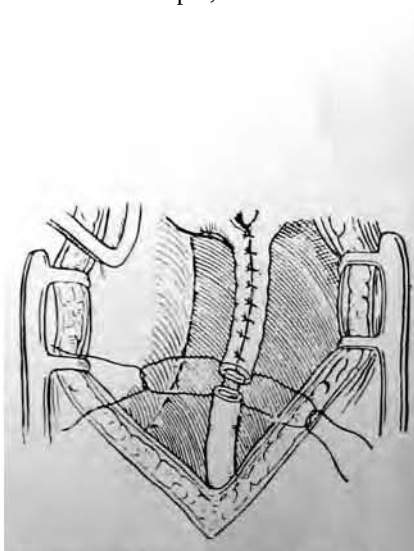


Fig. 694. — Tehnica reconstrucţiei ureterului pelvian prin lambou vezical tubular. Executarea punctelor de sutură posterioare ale anastomozei. De remarcat că sonda ureterală a fost retrasă temporar din dreptul anastomozei.

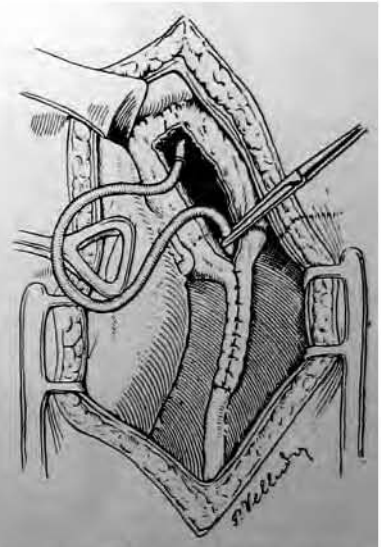


Fig. 695. — Tehnica reconstrucţiei ureterului pelvian prin lambou vezical tubular. Anastomoza uretero-vezicală terminată. Sonda ureterală, împinsă pînă în bazinet, este menţinută cu o pensă, pentru a nu fi smulsă cînd este trasă prin uretră de sonda vezicală.

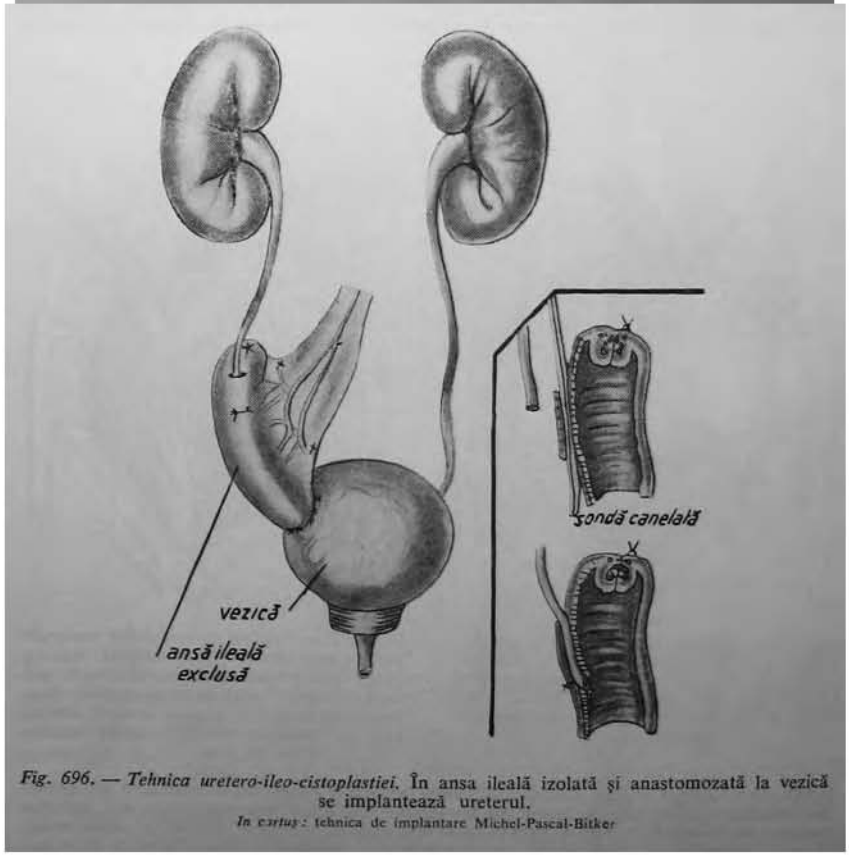


Fig. 696. — Tehnica uretero-ileo-cistoplastiei. În ansa ileală izolată şi anastomozată la vezică se implantează ureterul.
In extras: tehnica de implantare Michel-Pascal-Bitker

vezicală şi ureterală sînt suprimate la 15—18 zile. îmbibarea pansamentului cu urină din breşa ^vezicală sau de la nivelul anastomozei, a patra sau a cincea zi de la intervenţie, nu reprezintă o complicaţie, întrucît fistula se închide spontan, fiind în acest caz necesară menţinerea sondelor. Postoperator, micţiunile sînt normale; uneori sînt semnalate dureri moderate în fosa iliacă, cu iradieri în flancul drept şi lomba respectivă, care pot fi interpretate prin refluxul micţional veziculo-tubulo-ureteral şi care trec de obicei în cîteva săptămîni. Uro- grafia practicată după suprimarea sondelor ne dă indicaţii asupra rinichiului şi căilor excre- toare. Deseori se

constată o hipotonie marcată a căilor excretorii, însă în toate cazurile unde nu a existat o leziune importantă a rinichiului înainte de intervenţie, această hipotonie cedează după cîteva luni.

în cazurile operate, Th. Burghele a obţinut rezultate bune.

Tehnica reconstrucţiei ureterului pelvian prin plastie cu ansă ileală exclusă (uretero-ileo-cistoplastia). Este indicată în necroze întinse sau în compromiterea ureterului pelvian (periureteritâ intensă) pe o lungime mai mare de 10 cm. Pînă nu demult, în asemenea situaţii se recurgea fie la ligatura ureterului respectiv, fie la implantarea în colon, fie, cel mai adesea, la nefrectomie. Plastia ureterului cu ansă ileală poate evita soluţiile de mai sus, atît de nefiziologice.

După inventarierea leziunilor ureterului respectiv şi aprecierea utilităţii ileoplastiei, se izolează o ansă ileală (recoltată la distanţă de valvula ileocecală), lungă de aproximativ 15—20 cm; ansa ileală este izolată în aşa fel ca mezenterul ei să fie cît mai lung posibil, fără a fi tulburată vascularizaţia ansei. Capătul proximal al ansei se închide în bursă, iar capătul distal se anastomozează cu faţa posterioară a vezicii, cît mai aproape de locul de vărsare a ureterului. Anastomoza ileo-vezicală se face în două straturi, cu catgut cromat 000, gura avînd 20-25 mm.

Ureterul, tăiat oblic (en biseau) în ţesut sănătos, este implantat în extremitatea proximală a ansei ileale izolate. Implantarea se poate face după mai multe maniere: Coffey, Cordonnier- Nesbit sau mai bine după modificarea lui Michel Pascal-Bitker (fig. 696).

Se procedează astfel: se face prima incizie transversală pe peretele anterior al ansei ileale excluse, la o distanţă de 25 mm, sub capătul înfundat în bursă şi apoi mai jos cu 20 mm se face a doua incizie transversală, paralelă cu prima incizie. Prima incizie interesează doar sero-muscu- loasa, mucoasa trebuind să rămînă intactă.

Cu un decolator sau cu o pensă cu vîrful bont se decolează sero-musculoasa sub forma unei punţi-tunel între cele două incizii. Ureterul preparat este tras în acest tunel şi mucoasa intestinală e înţepată cu vîrful bisturiului la nivelul celei de a 2-a incizii. Aici se practică o anastomoză muco-mucoasă directă (mucoasa ileală cu mucoasa ureterală) în două straturi cu ace şi fir pentru sutură vasculară. Buzele inciziei inferioare ileale sînt apropiate cu două fire de catgut cromat, acoperind astfel anastomoza uretero-enterală. Nu se mai pun alte fire de ancorare pe adventicea ureterului sau pe intestin. Mezenterul ansei se suturează la peretele posterior al pelvisului pentru a se evita ocluziile prin încarcerare.

în stîngă, ansa ileală se trece obligatoriu transmezosigmoidian şi, după terminarea operaţiei, se fixează capătul proximal al ansei la masa musculară sacro-lombară, pentru a evita o mobilitate anormală cu tracţiuni şi diskinezii pe bontul ureteral implantat.

Drenarea urinilor vezicale este asigurată prin sonda Pezzer lăsată pe loc 10—15 zile. Pe două cazuri operate am obţinut rezultate bune. Totuşi, bolnavele pot fi expuse postoperator la apariţia sindromului de hipercloremie-acidoză (vezi capitolul «Implantarea ureterelor în colon» — pag. 878), datorită absorbţiei constituenţilor urinii prin mucoasa intestinală, sau la stenoza ureterului.

REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL RADICAL lN STADIILE OPERABILE (I—II) ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Despre rezultatele tratamentului chirurgical radical în stadiile operabile, am prezentat statistici ample în capitolele: « Rezultatele tratamentului chirurgical» — pag. 647; «Rezultatele tratamentului asociat radio-chirurgical» — pag. 652. De aceea nu mai insistăm asupra lor.

3. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI DE COL UTERIN ÎN STADII AVANSATE (STADIILE III ŞI IV)

în mod clasic sînt socotite « operabile», operabilitatea avînd un caracter de radicalitate, neoplasmele de col uterin din stadiul I şi II. Stadiile III şi IV sînt etichetate în mod obişnuit ca «inoperabile », fiind repartizate exclusiv radioterapiei. Chirurgul intervine în aceste cazuri pentru tratamente paliative cum ar fi: oprirea unei hemoragii, implantarea ureterelor în sigmoid în caz de compresiune ureterală, deschiderea unei colecţii purulente din Douglas etc. Sînt însă unii chirurgi care socotesc că şi în aceste stadii înaintate se poate practica în anumite condiţii o chirurgie cu intenţie de radicalitate.

De aceea, vom prezenta două aspecte ale tratamentului chirurgical în aceste faze evolutive terminale ale cancerului de col uterin:

— actul operator întrebuinţat ca tratament cu caracter paliativ, permiţînd astfel menţinerea unei stări generale acceptabile, bolnava putînd suporta continuarea tratamentului radiologie;

— actul operator întrebuinţat ca tratament cu caracter de radicalitate.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL PALIATIV ÎN CANCERUL DE COL UTERIN INOPERABIL

în stadiile III şi IV, chirurgul este solicitat să intervină în următoarele situaţii, cu scop paliativ:

a) TRATAMENTUL HEMORAGIILOR MARI

în cazul hemoragiilor mari, care nu pot fi stăpînite prin tratamente medicale sau de mică chirurgie (hemostatice, tamponament strîns vaginal cu meşe îmbibate în apă oxigenată), se recomandă ligaturi arteriale intrapelviene.

Actul operator, în caz de hemoragii masive ce au anemiat profund bolnava, se va face sub protecţia transfuziei sanguine. Clasic, în asemenea situaţii se recomandă ligatura arterelor hipogastrice urmată de chiuretarea tumorii exuberante a colului şi termocauterizare.

Practica arată că simpla ligatură a hipogastricelor este insuficientă, hemoragia revenind în zilele următoare (cu o intensitate mai redusă). Explicaţia continuării hemoragiei trebuie găsită în faptul că arterele din ligamentele lomboovariene, rotunde şi utero-sacrate rămînînd intacte, vascularizaţia uterului în urma ligaturii hipogastricelor se reface rapid prin colateralele respective.

Pentru acest motiv, în Institutul oncologic se practică sistemul cvadruplelor ligaturi (Thoma Ionescu), ischemia uterului şi anexelor obţinîndu-se prin legarea şi secţionarea celor patru pediculi vasculari ai uterului: arterele uterine prin legarea arterelor hipogastrice, ligamentele lombo-ovariene, ligamentele rotunde şi ligamentele utero-sacrate (acestea din urmă nu se pot lega în cazurile în care neoplasmul este prea avansat, ele fiind înglobate adesea în procesul neoplazic). Arterele respective pot fi secţionate, lucrările lui Leriche arătînd inconvenientele ligaturilor simple, care dau tulburări simpatice şi, ce este mai grav, permit repermeabilizarea vasului.

Nu există pericol de necroză intrapelviană, deoarece prin arterele vaginale uterul primeşte o mică cantitate de sînge care-i împiedică alterarea.

Singura contraindicaţie a cvadruplei ligaturi o constituie cazurile cu focare septice importante intrapelviene (piometrie, colecţii în Douglas etc.).

Pe un număr de 30 de cazuri operate în Institutul Oncologic s-a putut constata că procesul neoplazic nu este frînat în evoluţia sa, iar ischemia pelvisului este limitată în timp, deoarece treptat se produce re vasculari zarea organelor genitale interne prin vase colaterale (hemoragia putînd rareori reapărea).

Pentru a se întîrzia cît mai mult ischemia relativă a pelvisului, unii autori (I. Iancu) recomandă cu ligatura arterei hipogastrice să se aplice imediat dedesubtul originii arterei fesiere şi nu imediat sub locul de emergenţă a hipogastricei din artera iliacă primitivă. Artera fesieră este uşor de reperat, fiind prima ramură a hipogastricei.

Prezentăm tehnica ligaturii arterelor hipogastrice, la care se va adăuga şi ligatura ligamentelor lombo-ovariene, rotunde şi utero-sacrate.

Tehnica ligaturii arterelor hipogastrice (după Proust şi Maurer)

1. *Laparotomie mediană subombilicală*, cu expunerea largă a promontoriului şi strîmtorii superioare.
2. *Controlul leziunilor* (extensia canceroasă).
3. *Reperarea bilaterală a ureterelor* (porţiunea pelviană) prin transparenţa seroasei peritoneale. Reperarea palpatoare a arterelor iliace primitive şi externe. Reamintim că în partea dreaptă ureterul încrucişează artera iliacă externă aproape de originea ei, iar în stîngă, iliaca primitivă în preajma bifurcaţiei.

Tehnica diferă în partea dreaptă a pelvisului faţă de partea stîngă. Ligatura trebuie să fie aplicată pe primii doi centimetri ai arterei (Proust şi Maurer).

Tehnica ligaturii arterei hipogastrice drepte.

4. *Secţiunea vaselor utero-ovariene* după punerea în tensiune a ligamentului infundibulo-pelvian şi pensarea lui între două pense (atenţie să nu fie lezat ureterul care trece în apropiere).
5. *Evidenţierea ureterului şi a unghiului de bifurcaţie a arterei iliace primitive.* Se prelungeşte incizia peritoneului în sus, pe traiectul arterei iliace primitive. Ureterul se află aderent de peritoneul buzei interne a inciziei. După îndepărtarea lui se disociază ţesutul conjunctiv periarterial şi imediat mai în profunzime apare unghiul de bifurcaţie al arterei iliace primitive.
6. *Izolarea arterei hipogastrice.* După reperarea palcatoare şi vizuală a trunchiului arterei hipogastrice (în jos şi intern) şi arterei iliace externe (situată mai sus şi în afară), se disecă cu sonda canelată unghiul arterial şi se izolează j cu atenţie artera hipogastrică pe primii doi centimetri.
7. *Ligatura* se face la acest nivel cu fir gros de mătase (pentru a nu tăia artera), trecut cu acul Deschamps.

Pentru a nu leza vena hipogastrică, care este situată imediat sub arteră (pe care o depăşeşte intern), se recomandă a se inciza teaca arterială şi a se diseca din teaca sa vasul cu decolatorul Kocher, prin tunelul creat subarterial trecîndu-se

firul (fig. 697).

Decolarea forţată cu acul Deschamps a arterei de venă poate determina ruperea venei sub planul arterial, hemoragia fiind greu de oprit în asemenea condiţii.

Technica l i g a t u r i i arterei hipogastrice stîngi.

1. Secţiunea vaselor utero-ovariene.

2. *Decolarea colonului pelvian.* După incizarea peritoneului parietal la nivelul joncţiunii colonului stîng cu sigmoidul, se împinge în sus unghiul colic (fig. 698). în plagă apare artera iliacă primitivă.

3. *Evidenţierea ureterului şi a unghiului de bifurcaţie a arterei iliace primitive.* De remarcat că ureterul stîng încrucişează artera iliacă primitivă la o distanţă de 15 mm de unghiul bifurcaţiei.

Izolarea arterei hipogastrice şi ligatura se practică ca în partea dreaptă.

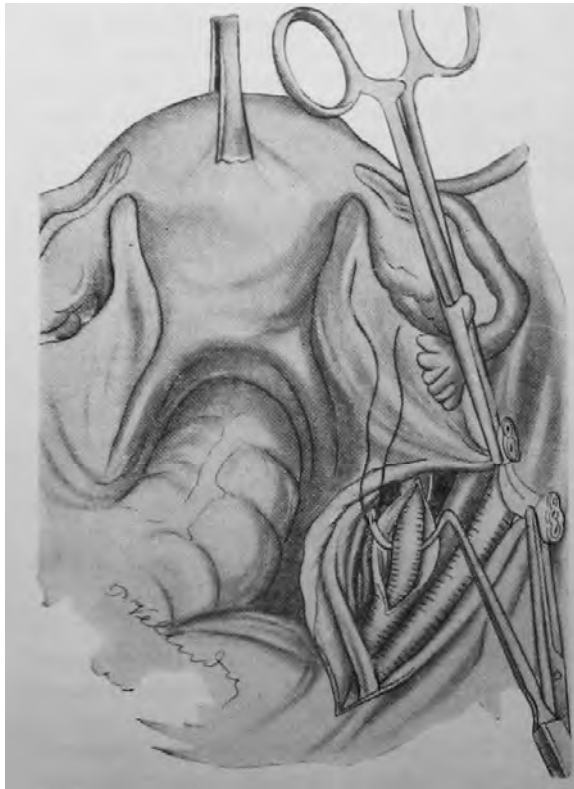


Fig. 697. — Tehnica ligaturii arterei hipogastrice drepte (după Proust şi Maurer). Acul Deschamps este strecurat între o arteră hipogastrică şi adventicea vasului, care a fost incizată; în felul acesta se fereşte vena.

Fig. 698. — Tehnica ligaturii arterei hipogastrice stîngi (după Proust şi Maurer). Locul de incizare a peritoneului, pentru a putea efectua decolarea colonului ilio-pelvian.

b) TRATAMENTUL PALIATIV AL STENOZEI SAU DILATAŢIEI URETERALE CONSTITUITE

Mecanismul de producere al stenozei sau dilataţiei ureterale trebuie căutat fie în compresiunea exercitată de ţesutul neoplazic activ care invadează parametrele, fie în compresiunea exercitată ce ţesutul de sclerozăă apărut în parametrele neoplazice iradiate şi sterilizate din punct de vedere al neoplazei.

Asemenea bolnave pot face toată gama de complicaţii datorită compresiunii ureterale: dilataţie ureterală, hidronefroză, infecţie urinară prin staza urinilor,. uremie, complicaţiile culminînd prin anurie.

Compresiunea unui singur ureter nu este periculoasă, atît timp cît rinicniut opus poate asigura funcţia de excreţie şi cît timp nu apare pionefroza rinichiului exclus. Situaţiile grele le întîlnim în caz de compresiune ureterală bilaterală.

Intervenţia cea mai inofensivă este nefrostomia. Redăm după B. M. Gold- stein indicaţiile acestei operaţii în caz de compresiune bilaterală ureterală:

— derivarea urinilor prin nefrostomie se impune nu numai în cazurile de blocare completă a ureterelor, dar şi în cazurile de blocare incompletă cu menţinerea unui debit urinar acceptabil (care uneori întrece chiar 1500 ml), dar cu uremie ridicată şi urini hipostenurice;

— nefrostomia unilaterală se dovedeşte suficientă pentru restabilirea stării generale a bolnavei. Rinichiul opus îşi va înceta funcţia fără a se manifesta clinic (dacă nu apare o pionefroză), iar rinichiul nefrostomiat va prelua funcţia amîndurora;

— este foarte important ca nefrostomia să se facă pe rinichiul cu funcţia cea mai bună. Pentru identificarea acestuia se recurge la următoarea metodă: se cateterizează ambele uretere dilatate cu sonde subţiri (dacă stenoza ureterală permite această explorare). Se lasă apoi să se scurgă urina prin ele timp de un sfert de oră. Apoi se măsoară urina în mod separat încă un sfert de oră. Rinichiul cel mai bun corespunde sondei care are cel mai mare debit în acest interval de timp. Cînd un singur ureter este cateterizabil (cu toate că nu elimina colorant la cromocistoscopie) şi urina trece pe sondă, în timp ce cealălalt este complet stenozat şi nu permite trecerea sondei, nefrostomia va fi practicată pe rinichiul corespunzător ureterului cateterizat. Cînd nici un ureter nu poate fi cateterizat, se va interveni pe rinichiul cel mai dureros sau care a fost cel din urmă dureros. în cazuri rare, fără nici un semn clinic (lipsa durerii, rinichi nepalpabil) se intervine la dreapta, unde rinichiul este mai jos situat.

Experienţa căpătată în Institutul oncologic Bucureşti arată că această operaţie este forma de intervenţie cea mai uşor de executat, cea mai puţin şocantă pentru bolnavă şi cea mai bine suportată în timp. Este indicată mai des la bolnavele cu stare generală alterată, cu dilataţii ureterale mari sau cu infecţie urinară. Prin nefrostomia unilaterală (excepţional bilaterală) s-au obţinut supravieţuiri de peste un an, în condiţii acceptabile.

Alţi autori au propus să se facă reimplantarea ureterului în vezică după ce se secţionează ureterul imediat deasupra obstacolului (uretero-cistoneostomia). Această operaţie nu se va aplica în caz de stenoză ureterală canceroasă, ci numai în compresiunea cicatricială juxta- vezicală (postfistulă ureterală), ureterul nefiind prea dilatat.

Implantarea ureterelor dilatate în rect este contraindicată (în condiţiile precizate mai sus),, deoarece există toate condiţiile pentru a apărea pionefroza ascendentă.

Unii autori admit implantarea ureterelor în colon numai după ce acestea şi-au revenit la calibrul normal, sub protecţia unei nefrostomii.

Prezentăm tehnica nefrostomiei utilizată în condiţiile specificate mai sus:

Tehnica nefrostomiei

Anestezia diferă după starea generală a bolnavelor (anestezie locală la acelea cu starea generală alterată, rahianestezie sau narcoză cu eter în caz că nu există o contraindicaţie).

Poziţia bolnavei: în decubit lateral (culcată pe partea opusă rinichiului hidronefrotic care va fi operat). Membrul inferior de partea sănătoasă flectat; sul (sau pernă de nisip) înalt sub flancul sănătos (fig. 699).

1. *Incizia începe de la nivelul unghiului costo-muscular* (format de marginea inferioară a coastei a XII-a şi marginea externă a masei musculare sacro-lombare), se îndreaptă oblic în jos şi anterior spre spina iliacă antero-superioaiă. Se incizează pe rînd: tegumentele, stratul muscular (marele dorsal, marele oblic şi micul oblic), aponevroza transversului şi ligamentul lui Henle, pătrunzînd spre loja renală (atenţie să nu se deschidă în sus pleura iar anterior şi în jos peritoneul).

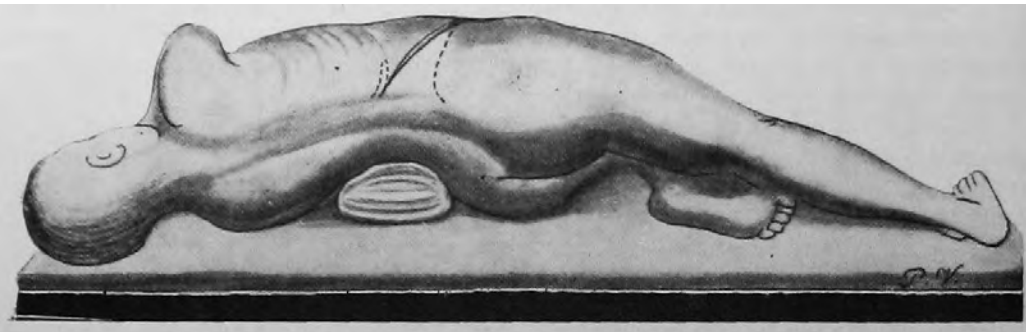


Fig. 699. — Tehnica nefrostomiei. Poziţia bolnavei şi incizia.

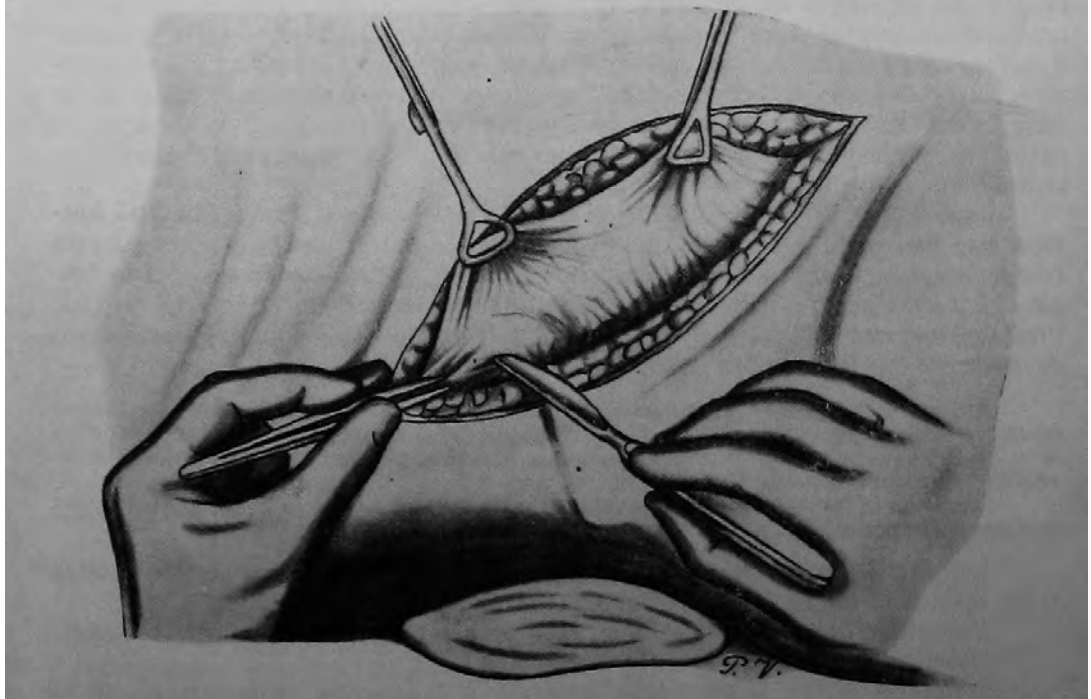


Fig. 700. — Tehnica nefrostomiei (după B. Fey). Pătrunderea în loja renală. Incizia fasciei Zuckerkandl.

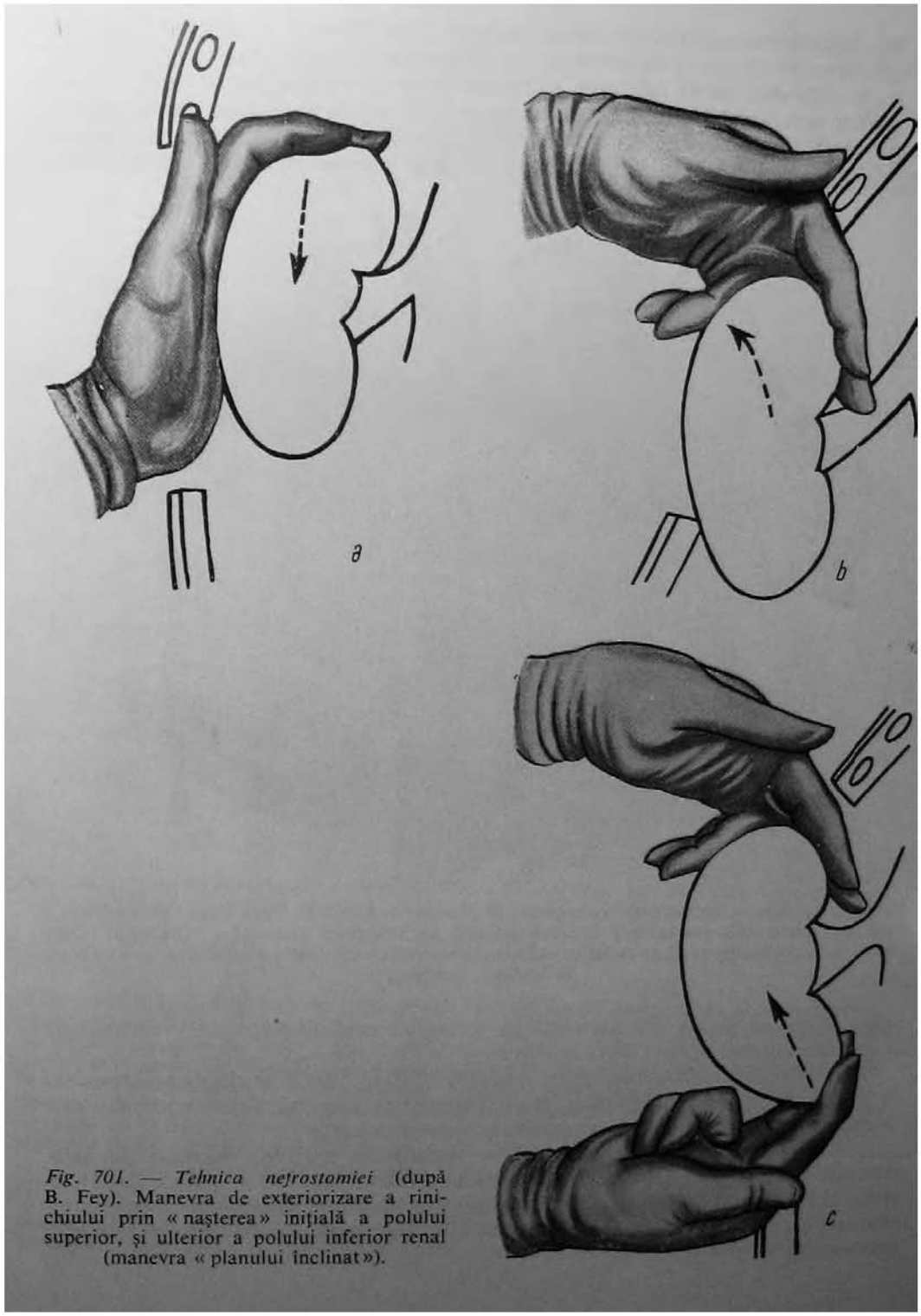


Fig. 701. — Tehnica nefrostomiei (după B. Fey). Manevra de exteriorizare a rinichiului prin «naşterea» iniţială a polului superior, şi ulterior a polului inferior renal (manevra «planului înclinat»).

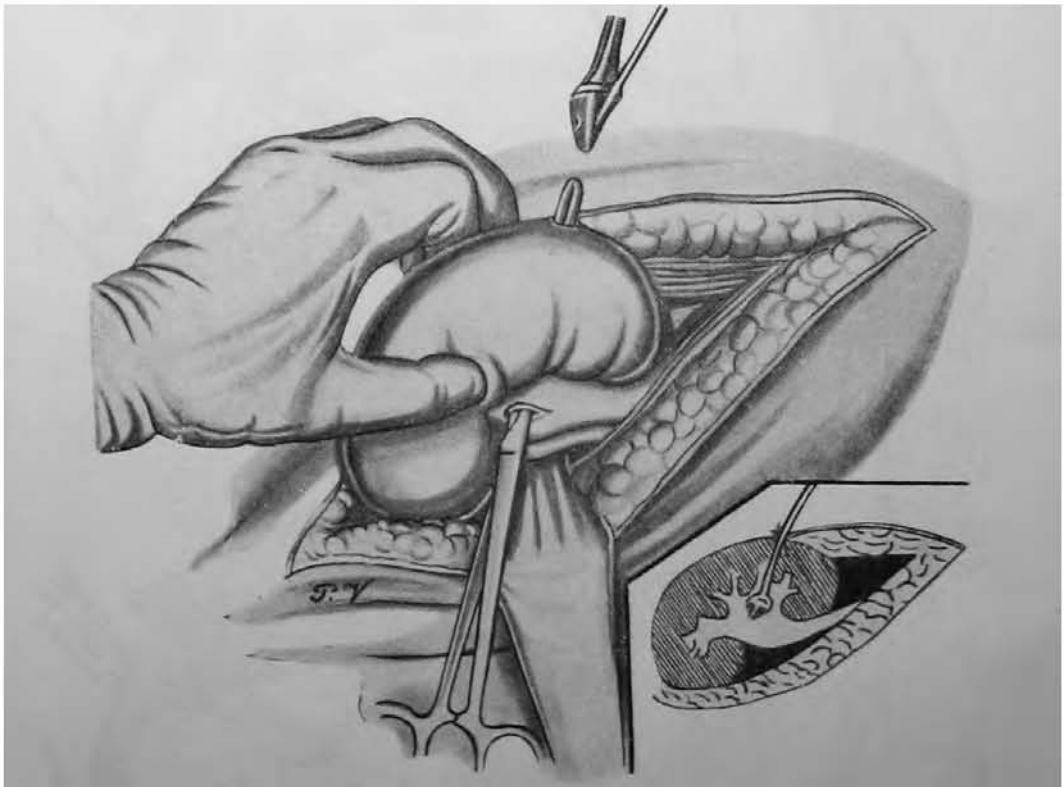


Fig. 702. — Tehnica nefrostomiei retrograde Toupet-Papin (după B. Fey). Pensa clampă introdusă prin pielotomia posterioară şi exteriorizată pe marginea convexă a rinichiului (linia Hyrtl), la locul corespunzător calicelor inferioare, va prinde capătul sondei Pezzer şi-l va trage în bazinet *(cartuş)*.

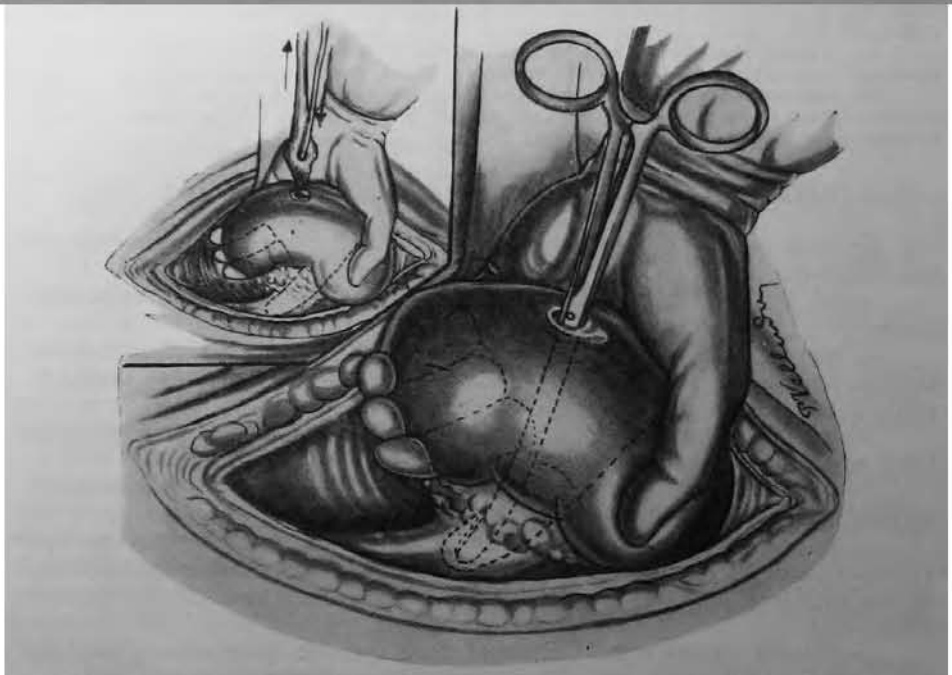


Fig. 703. — Tehnica nefrostomiei transrenale. Pensa Kocher este introdusă prin marginea convexă a rinichiului în bazinet, străpungînd parenchimul renal. Vîrful pensei ajunsă în bazinet este palpat cu pulpa indexului.

În cartuş: introducerea sondei Pezzer, destinsă cu histerometrul în bazinet, transrenal.

2. *Pătrunderea în loja renală.* Pentru a nu inciza peritoneul (care se află în partea anterioară a inciziei), deschiderea lojii renale se va face înspre unghiul superior al inciziei, cît mai posterior (spre coloana vertebrală), după ce grăsimea pararenală învelită în fasciile lojii renale a fost împinsă anterior. în felul acesta apare în plagă fascia Zuckerkandl (foiţa posterioară a lojii renale), formaţiune ce trebuie incizată (fig. 700).

3. *Degajarea rinichiului.* Prin manevre digitale blînde se degajează rinichiul de grăsimea pararenală, liberînd pe rînd marginea convexă, feţele şi cei doi poli (atenţie la pedicului renal şi eventualele vase aberante).

4. *Exteriorizarea rinichiului.* Se va recurge la manevra Marion de exteriorizare a rinichiului, care pare a fi cea mai comodă (fig. 701 a, b şi c). Exteriorizarea se face mult mai uşor dacă rinichiul are pedicului lung şi nu a existat un proces de perinefrită sclero-lipomatoasă. De asemenea, rinichiul drept este mai uşor exteriorizabil.

5. *Nefrostomia.* Modul cum se practică nefrostomia diferă după gradul de exteriorizare şi de dilatare a bazinetului.

Chirurgul va recurge la una din tehnicile de mai jos:

Nefrostomia retrogradă (Tehnica Toupet-Papin). Rinichiul fiind exteriorizat, se pune în evidenfă faţa posterioară a bazinetului, pe care se practică o incizie (pielotomie posterioară). Se introduce o pensă clampă curbă în bazinet şi prin calicele inferior dilatat se străpunge cu vîrful pensei (pensa fiind închisă) parenchimul renal menţinut între policele şi indexul mîinii stingi, exteriorizîndu-se vîrful pensei pe marginea convexă a rinichiului (puţin mai posterior de această margine pe linia avasculară Hyrtl, la unirea celor două treimi superioare cu treimea inferioară) (fig. 702). Prin deschiderea şi închiderea pensei, se apucă capătul unei sonde Pezzer, care este introdusă în bazinet odată cu retragerea pensei prin plaga de pielotomie posterioară. Se probează cu soluţie cloruro-sodică izotonică injectată prin sondă, dacă sonda este introdusă în bazinet (dealtfel capătul ei este simţit prin palparea bazinetului). Se lasă rinichiul să recadă în loja sa, fără a mai sutura pielotomia. Drenajul lojii renale cu un tub de cauciuc.

Sutura planurilor lombotomiei. Sonda Pezzer, fixată la piele, se racordează cu o sticlă-

urinar.

Nefrostomia transrenală (procedeul Marion). Este indicată în dilataţii mai mari ale bazinetului sau cînd rinichiul nu poate fi exteriorizat în aşa grad ca să i se poată pune în evidenţă faţa posterioară a bazinetului. Se prinde rinichiul în mînă, indexul palpînd bazinetul.

Cu o pensă Kocher dreaptă şi lungă se perforează marginea convexă a rinichiului pe linia avas- culară Hyrtl, la unirea celor două treimi superioare cu treimea inferioară. Pensa este împinsă pe o linie ce uneşte punctul de perforaţie a marginii convexe şi bazinetul (vîrful pensei se simte cu indexul) (fig. 703). Scurgerea urinii în plagă indică pătrunerea pensei în bazinet.

Prin deschideri mici ale pensei se creează un traiect prin care apoi se introduce sonda Pezzer nr. 25 — 30, destinsă cu un histerometru, pînă în bazinet (fig. 703 cartuş). Semnul pătrunderii în bazinet este scurgerea urinii prin sondă.

Sutura planurilor lombotomiei. Sonda Pezzer se fixează la piele solid.

îngrijiri postoperatorii. Se va supraveghea permeabilitatea sondei (se poate înfunda cu cheaguri, mucus sau cu săruri) prin spălături cu cantităţi mici de soluţie cloruro- sodică izotonică (20 ml).

Se va supraveghea ca sonda să nu iasă din bazinet prin parenchimul renal înainte de a constitui un traiect scleros (1—2 luni; menţinerea fixării sondei prin pansament).

La unele cazuri, în primele zile postoperator urina se scurge în mod capricios pe sondă (opriri totale sau scurgeri în cantităţi mici, sau scurgeri pe lîngă sondă). Ulterior drenajul urinilor se difinitivează numai prin sondă.

c) TRATAMENTUL PALIATIV AL FISTULELOR URINARE NEOPLAZICE

în ceea ce priveşte tratamentul fistulelor vezico-vaginale, recto-vaginale sau vezico-recto-vaginale, trebuie să facem diferenţieri asupra originii lor:

— cel mai des fistulele neoplazice sînt rezultatul progresării cancerului uterin;

—mai rar, fistulele apar ca sechele ale tratamentului chirurgical sau radium- terapiei, de cele mai multe ori greşit aplicate. în aceste cazuri, procesul neoplazic poate fi sau nu stins prin terapeutica intensiv aplicată.

Atitudinea chirurgului în asemenea cazuri va fi condusă de stingerea completă sau nu a procesului neoplazic şi starea generală a bonavei.

în cazuri în care starea generală a bonavei este bună şi procesul neoplazic complet stins, se va recurge la operaţii cu caracter radical şi anume:

— în caz de fistulă vezico-vaginală se va încerca sutura fistulei sau epi- ploonplastia. Dacă nici aceste procedee nu dau rezultate după intervenţii repetate, se vor implanta ureterele în colon, pericolul mare rămînînd infecţia urinară ascendentă;

— fistulele recto-vaginale, apărute după procese neoplazice stinse, sînt soluţionate prin coborîrile de sigmoid cu păstrarea sfincterului anal.

Dacă fistula neoplazică este activă, în imposibilitatea de a practica hemipelvectomia sau pelvectomia totală, se va recurge:

— în caz de fistulă vezico-vaginală neoplazică la implantarea ureterelor în colon, dacă situaţia ureterelor permite o asemenea manevră;

— în caz de fistulă recto-vaginală, neoplasmul fiind încă activ, soluţia cea mai comodă este anusul iliac stîng.

Prezentăm tehnica implantărilor ureterelor în colon.

Tehnica implantării ureterelor Sn colon (ureterostomia colică)

Pregătire preoperatorie. Stabilirea gradului ureterohidrone- frozei prin cromocistoscopie, urografie sau pielografie ascendentă.

Pregătirea preoperatorie a colonului este obligatorie şi are ca scop rcducerea microbismului colic. Timp de 4 zile, preoperator, se vor administra zilnic purgative (oleu de ricin 2 linguri), ftalilsulfatiazol (4 tablete) iar în preziua operaţiei se va administra, per os, neomicină 2 grame (cîte 250 mg la fiecare oră începînd de Ia ora 14), eritomicină 2 g (la fel ca şi neomicină) şi clismă înaltă seara. Pentru a combate germenii an aerobi, se va administra tot în preziua operaţiei metroni- dazol 0,750 g în prize a 0,250 g. în dimineaţa operaţiei, clismă înaltă.

Regimul alimentar preoperator va fi sărac în reziduuri. Se va prescrie vitamina K, deoarece dezinfectarea colonului împiedică sintetizarea ei.

Aprecierea valorii funcţionale a parenchimului renal şi a stării ureterelor (examen de urină, urografie etc.).

Restabilirea constantelor biologice (proteinemia etc.).

Tehnica ureterostomiei colice tip Coffey I

1. *Laparotomie mediană subombilicală*, masa înclinată în Trendelenburg. Izolarea abdomenului de pelvis prin cîmpuri.

2.Bilanţul intraoperator al extinderii canceroase şi starea ureterelor. Operaţia este contraindicată în caz de uretere dilatate.

3.*Izolarea şi secţionarea ureterelor.* Sigmoidul este tras uşor de ajutor în partea opusă ureterului reperat prin transparenţa peritoneului posterior.

în caz de dilataţie ureterală, mişcările peristaltice caracteristice nu se mai observă.

Se incizează peritoneul posterior la nivelul strîmtorii superioare pe o distanţă de 8 cm spre pelvis, traiectul inciziei fiind în axul rectului, puţin în afara inserţiei posterioare a mezosigmoidului (fig. 704-A). Ureterul se află imediat sub buza inciziei peritoneale, lipit de seroasă.

După izolare, se trece cu fir de catgut «în ansă» sub ureter, ce va servi ca tractor şi se începe decolarea ureterului de sus în jos, pînă la nivelul unde pătrunde în masa tumorală parametrială. Pentru ca anastomoza uretero-colică să fie executată fără tensiune, este nevoie de o porţiune cît mai lungă de ureter pelvian izolat. Se va păstra ureterul izolat, teaca sa conjunctivă vasculară, pentru i a asigura vitalitatea şi o peristaltică bună porţiunii care urmează a fi implantată! în colon.

După ce ambele uretere au fost izolate, urmează secţionarea lor în apro-1 pierea obstacolului, pelvisul fiind protejat cu cîmpuri contra eventualei infectări 1 prin urina scursă (aspiraţia urinii din pelvis cu aspiratorul electric). Capetele ureterale ce vor fi implantate, sînt resecţionate oblic, pentru a evita eventuala stenozare cicatricială.

Capetele dinspre vezică sînt ligaturate cu fir de in (vezi fig. 704-A).

4.*Incizarea peretelui recto-sigmoidian.* Cele două incizii ale peretelui colic se vor face cam în dreptul joncţiunii recto-sigmoidiene (cea dreaptă ceva mai sus decît cea stîngă). Sediul inciziilor trebuie ales cu mare grijă, în funcţie de lungimea ureterelor mobilizate şi de nivelul de infiltrare a procesului tumoral. Poziţia teniilor colice nu are nici un rol.

Inciziile lungi de 6 cm vor fi uşor oblice dinafară înăuntru, încrucişînd faţa laterală a rectului (vezi fig. 704-A) şi oprindu-se aproape de linia mediană. Se incizează strict stratul sero-musculos. Acest timp se execută cu o deosebită atenţie, deoarece trebuie evitată perforarea mucoasei. Pentru uşurinţă, se trec două fire neperforante de catgut subţire prin stratul sero-muscular colic,.

în imediata apropiere a colţurilor inciziilor, ce vor servi la punerea în tensiune a peretelui colic (fire tractoare) în timpul inciziei (vezi fig. 704-A). Odată mucoasa evidenţiată pe tot traiectul inciziei, se poate face o minimă decolare laterală a buzelor sero-musculoase ale inciziei.

5. *Implantarea ureterelor în colon*. Se trece prin fiecare vîrf al capetelor ureterale cîte un fir lung de catgut subţire (vezi fig. 704-A) 63.

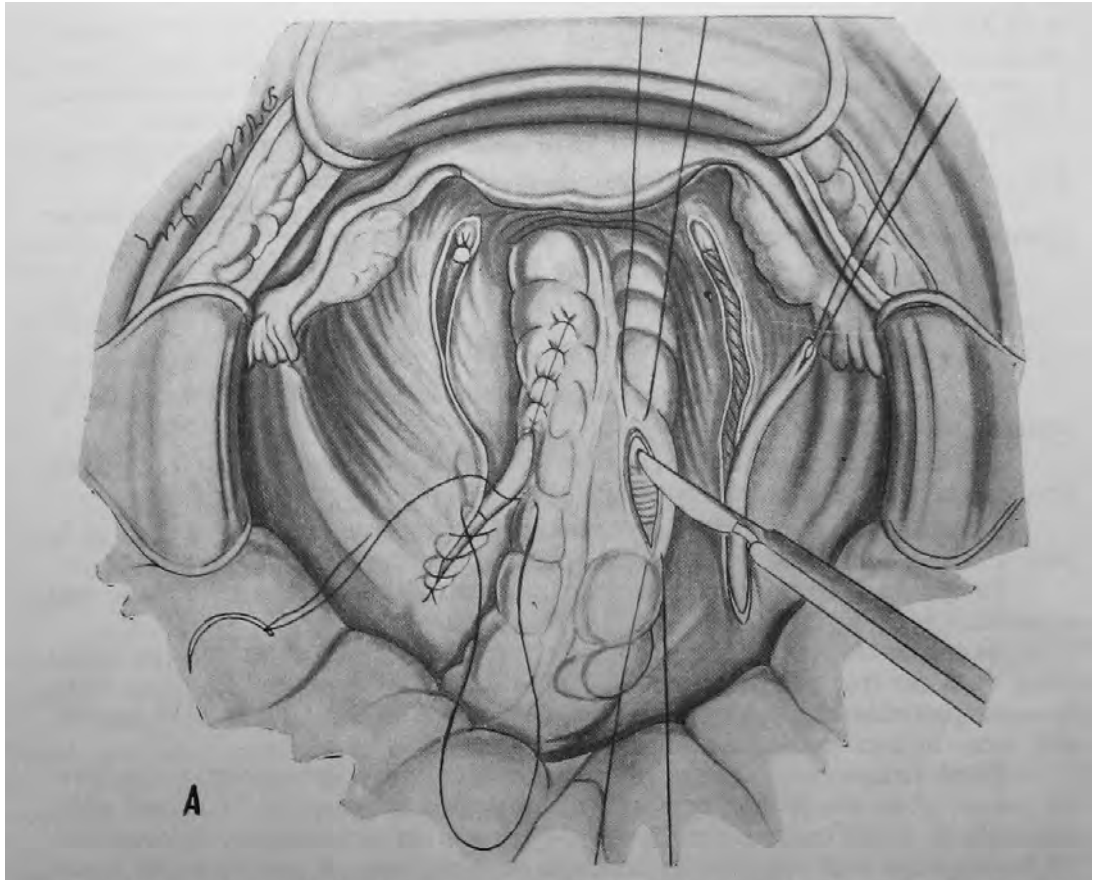


Fig. 704 A. — Tehnica ureterostomiei colice tip Coffey I. În jumătatea dreaptă a figurii: ureterul drept eliberat şi preparat pentru implantare (capătul vezical legat). Incizia peretelui colic s-a făcut pînă la mucoasă. În colţul inferior, mucoasa este perforată (de remarcat firele tractor la colţurile inciziei colice). În jumătatea stîngă a figurii: anastomoza este terminată; urmează peritonizarea (pe aceeaşi figură sînt reprezentaţi timpii diferiţi operatori: figură sinoptică).

63 în fig. 704 B este prezentat un aritificiu tehnic pentru peritonizarea locului de implantare a ureterului în colon. Recomandăm practicarea acestei tehnici.

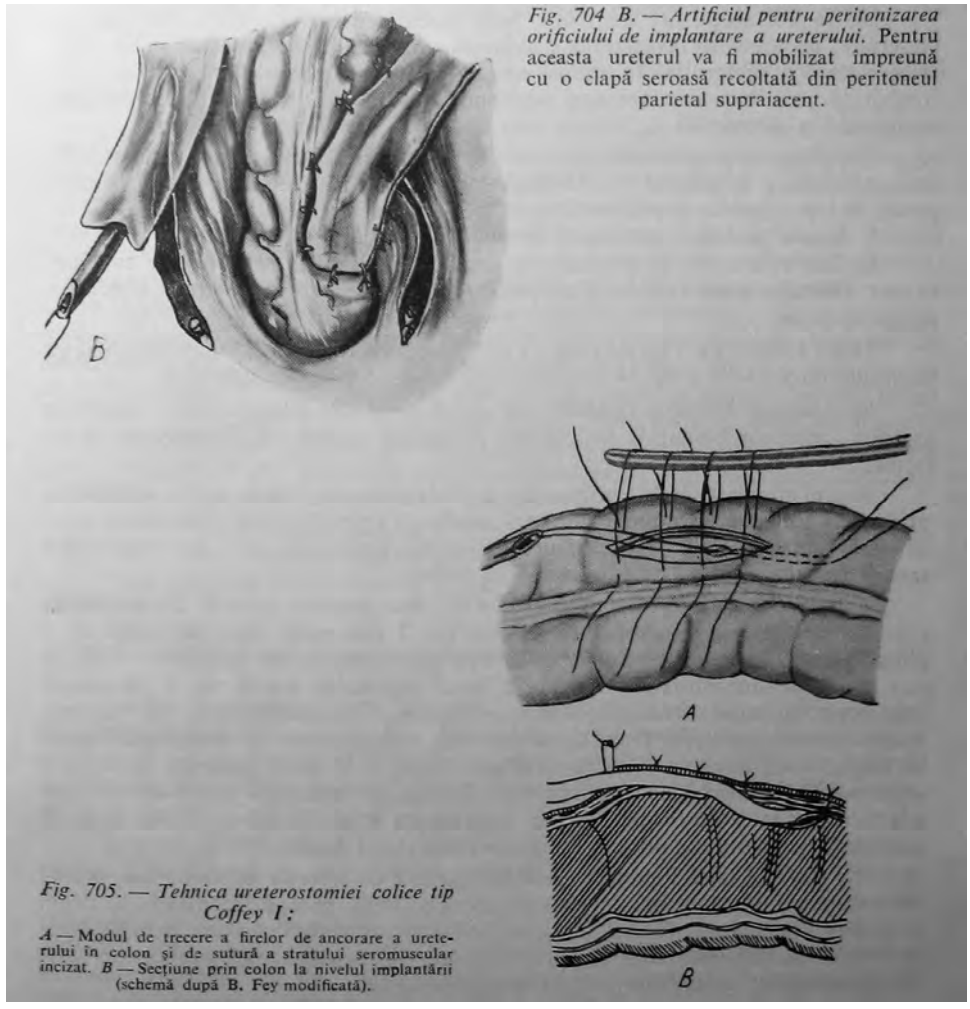


Fig. 704 B. — Artificiul pentru peritonizarea orificiului de implantare a ureterului. Pentru aceasta ureterul va fi mobilizat împreună cu o clapă seroasă recoltată din peritoneul parietal supraiacent.

Fig. 705. — Tehnica ureterostomiei colice tip Coffey I:
A — Modul de trecere a firelor de ancorare a ureterului în colon şi de sutură a stratului seromuscular incizat. *B* — Secţiune prin colon la nivelul implantării (schemă după B. Fey modificată).

Se puneţionează mucoasa cu vîrful bisturiului în unghiul inferior al inciziei parietale colice.

Cu un ac curb se trec pe rînd prin lumenul rectal cele două capete ale firului ce ancorează extremitatea ureterului secţionat: firele intră în lumenul colic prin plaga punctiformă a mucoasei şi sînt exteriorizate la aproximativ 2 cm de colţul inferior al inciziei, acul trecînd la ieşire prin toate straturile colonului (distanţa dintre locurile de ieşire ale firelor fiind de aproximativ 3 mm) (fig. 705-A). Prin innodarea capetelor acestui fir, ureterul aşezat în patul inciziei, este tras în lumenul intestinal şi ancorat la peretele colic.

Se acoperă ureterul astfel fixat, cu buzele sero-musculoase ale inciziei colice (decoltate deja minim lateral) prin fire izolate sero-musculoase (fig. 705-B). Aceste fire pot fi trecute şi imediat după incizarea stratului sero-musculos colic, pentru a scurta la minimum timpul septic în care perforaţia mucoasei persistă neacoperită (vezi fig. 705-A).

Nu se vor trece fire de fixare prin teaca neuro-conjunctivă vasculară a ureterului, deoarece se favorizează diskinezia ureterală. De asemenea, se va evita orice cudură a ureterului. în caz că se produce o asemenea situaţie, ea va fi combătută prin incizarea seroasei peritoneale la nivelul cudurii şi mobilizarea ascendentă a ureterului.

6.*Refacerea peritoneului posterior* se face cu fire izolate (sau surjet.) Se va evita cudura ureterului. Recto-sigmoidul va fi fixat la peritoneul posterior pentru a i se suprima mobilitatea, cauză de diskinezie ureterală ulterioară.

7.*Sutura peretelui*, cu drenaj minim abdominal.

8.*Dilataţia anală şi introducerea unei sonde* (Pezzer sau tub de cauciuc) în rect. Dilataţia anală este necesară pentru a evita stenoza sondei prin sfinctero- spasm dureros.

îngrijiri postoperatorii. Se continuă dezinfectarea colonului cu ftalilsulfatiazol (3—4 g în 24 de ore) timp de 4—5 zile postoperator.

Se constipă bolnava (picături de opiu) 6—7 zile postoperator. Aspiraţie gastrică, deoarece bolnavele fac uneori fenomene uşoare de dilataţie acută de stomac.

Regim alimentar hidric primele 2—3 zile, eventual lichidele se vor administra prin sonda Einhorn intraduodenal, apoi se adaugă treptat brînză, făinoase, carne. Se evită alimentele care lasă reziduuri abundente (celuloză), irită mucoasa colică sau provoacă fermentaţia-putrefacţia în exces.

Supravegherea atentă a drenării urinii din ampula rectală. Se introduce o sondă de cauciuc vaselinată intrarectal (5—7 cm), care este racordată cu o ploscă-urinar. Uneori în primele 2—3 zile postoperator nu se scurge urină în rect (inhibiţie uretero-renală). Primele două săptămîni sonda va fi menţinută intrarectal, în mod continuu, supraveghindu-i-se permeabilitatea (se suprimă numai pentru curăţire). După acest interval, sonda poate fi suprimată numai în timpul zilei, noaptea fiind reintrodusă. După 2—3 luni, gura de implantare uretero-colică începînd să funcţioneze normal şi mucoasa recto-sigmoidiană adaptîndu-se la noile condiţii create de prezenţa urinii în colon, sonda poate fi suprimată pentru perioade mai lungi de timp (1—2 luni).

La cea mai mică febriculă (pusă în legătură cu infecţia urinară) sau semne de instalare a sindromului de hipercloremie-acidoză, drenajul continuu al urinii prin sonda se impune. Se vor da alcalinizante şi regim fără cloruri, recurgîndu-se

la antibiotice, ftalilsulfatiazol, streptomicină per os, cloromicetină, pentru combaterea fenomenelor de infecţie urinară postoperatoare.

Fenomenele de adaptare ale rectului la noile condiţii create survin în timp; la început, continenţa sfincterului rectal pentru urină este relativă, pentru a deveni eficientă ulterior. Cu timpul, unele bolnave diferenţiază nevoia de micţiune rectală de nevoia de defecaţie (Th. Burghele).

Menajarea parenchimului renal. Este cunoscut faptul că sindromul hipercloremie-acidoză apare mult mai uşor la bolnavii cu nefropatii. Se impune deci menajarea parenchimului renal (regim alimentar, evitarea eforturilor, frigului etc.).

Complicaţii. Următoarele complicaţii ale ureterostomiei colice trebuie luate în consideraţie:

— peritonita, consecinţa desfacerii suturilor colice şi revărsării conţinutului intestinal în peritoneu;

— fistula urinară sau stercorală, datorită cedării suturilor implantării uretero-colice;

— tulburări de dinamică ureterală, care creează un obstacol în calea scurgerii urinii, cu răsunet tardiv uretero-renal (ureterohidronefroze sau pielonefrite ascendente). Cauzele acestor tulburări de dinamică ureterală pot fi multiple: lipsa de peristaltism pe segmentul implantat intramural colic, fie din cauza lezării tunicii vasculo-neuro-conjunctive periureterale în timpul manevrelor de izolare a ureterului, fie din cauza cicatricii colice de-a lungul segmentului implantat, fie din cauza firelor de fixare la colon aplicate direct pe tunica ureterului; steno- zarea ureterului implantat prin blide aderenţiale peritoneale; cuduri ureterale prin tehnică defectuoasă; apariţia polipozei gurii de anastomoză; depuneri de săruri fosfatice la nivelul gurii de anastomoză din cauza infecţiei etc.; infecţia urinară ascendentă este complicaţia cea mai de temut a acestor operaţii (după unii autori, ea ar apărea în 25—50% din cazuri); sindromul de hipercloremie-aci- doză, caracterizat prin diaree şi slăbire progresivă. Apariţia acestui sindrom este pusă în legătură cu absorbţia constituenţilor urinii prin mucoasa intestinală şi instalarea unei insuficienţe renale consecutive.

Deoarece tehnica propusă de Coffey poate duce la apariţia unora din aceste complicaţii, s-au imaginat tehnici noi care să Ie evite parţial.

Vom prezenta cîteva din ele:

Tehnica implantării uretero-colice cu anastomoză mucoasă (Cordonnier şi Nesbit)

Tehnica Cordonnier tinde să evite diskineziile ureterale şi stenoza gurii de implantare datorite îngropării ureterului într-un tunel intraparietal colic şi efectuează o anastomoză muco-mucoasă uretero-colică în condiţii de chirurgie estetică. în felul acesta se evită polipoza ureterului ce spînzură în lumenul colic, ca în procedeul Coffey.

Se practică o incizie de 1/2—2 cm în lungul colonului pînă la nivelul planului mucos. Este necesar ca extremitatea ureterală se se aşeze în mod liber, fără tensiune, în locul viitoarei anastomoze. Se fixează adventiţia ureterală la seroasa colică prin două fire de mătase foarte subţire. Urmează puncţionarea mucoasei cu vîrful bisturiului, orificiul avînd un diametru egal cu al ureterului. Mucoasele ureterale şi intestinale sînt anastomozate printr-o coroană de fire separate perforante (catgut cromat 00000 montat în ac atraumatic).

O a doua coroană de fire separate prin adventiţia ureterală şi musculatura colică, producîndu-se o invaginaţie a primei suturi înspre lumenul intestinal.

Peritoneul parietal extern este adus să acopere suturile.

Tehnica Nesbit diferă de precedenʼa prin aceea că taie oblic ureterul lărgind astfel gura de anastomoză ce devine în formă de rachetă. Anastomoza uretero-colică o face într-un singur strat, suturînd mucoasele prin surjet de catgut extrem de subţire cu ac atraumatic. Leadbeter şi Jinman modifică tehnica, îngropînd ureterul anastomozat la colon prin sutură muco-mucoasă, tntr-un tunel sub- mucos foarte scurt.

Tehnica derivaţiei uretero-entero-colice (St. Roman)

St. Roman, aducînd modificări substanţiale procedeului lui Berg, propune implantarea ureterelor într-o ansă ileală exclusă, care este anastomozată la colonul pelvian. în felul acesta, infecţia urinară ascendentă este pe cît se poate evitată, ansa ileală interpusă între uretere şi colon asigurînd prin peristaltica sa eliminarea urinilor în colon şi evitînd trecerea fecalelor din colon în interiorul ei (fig. 706).

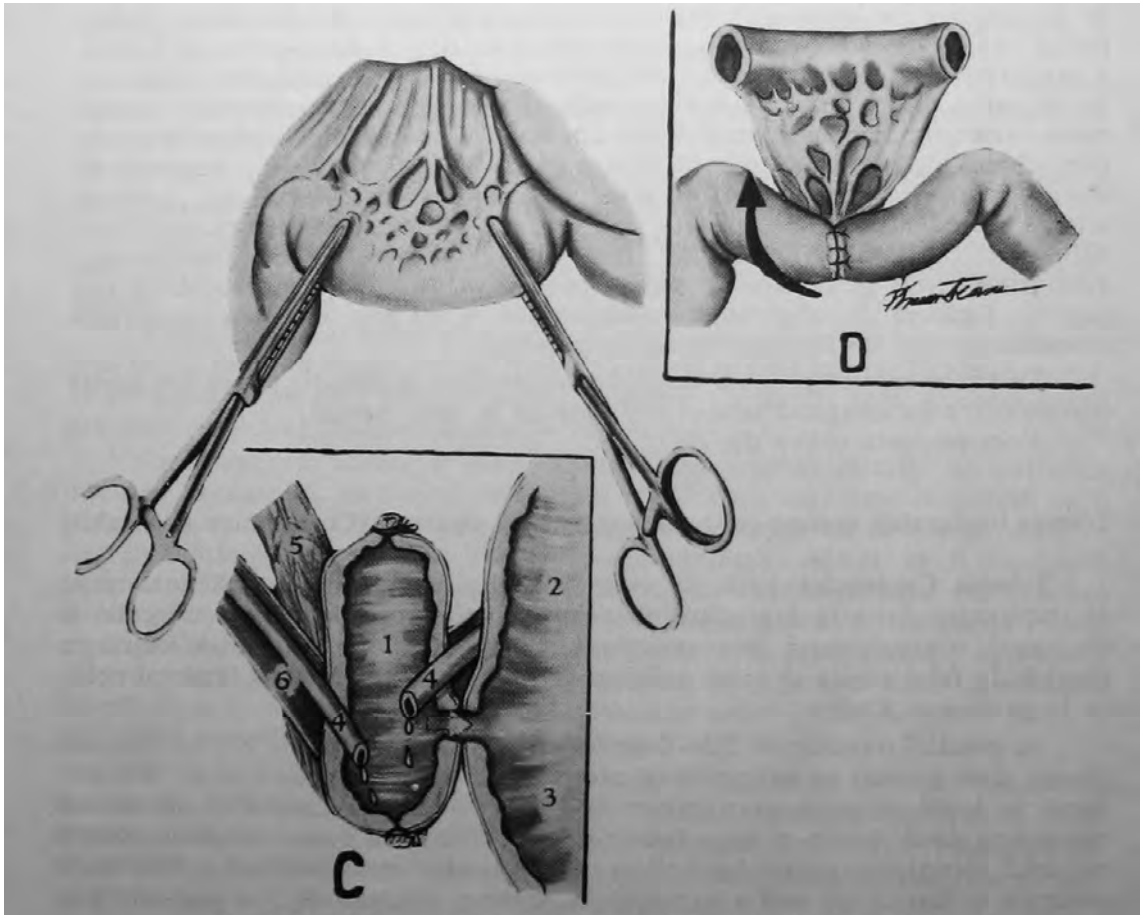


Fig. 706. — Tehnica derivaţiei uretero-entero-colice (St. Roman):
A — Izolarea unei anse ileale la distanţă de valvula ileo-cecală, lungă de 15 cm. *B* — Tranzitul intestinal se reface cu fire izolate în dublu strat. Ansa exclusă este mobilizată cu mezenterul său. *C* — Ureterele (4) prevăzute cu o clapă din peritoneul parietal adiacent (6) sînt implantate în segmentul ileal izolat (1) cu mezenterul său (5) şi înfundat în bursă la ambele capete; acest segment ileal este anastomozat printr-o gură largă cu rectul (3), sub joncţiunea recto-sigmoidiană (2). Se creează astfel un sistem bicameral de scurgere a urinilor, fapt care ar evita în concepţia autorului, infecţia ascendentă.

Mudric a imaginat un alt procedeu de implantare, în doi timpi, a ureterului în recto-sigmoid. Tehnica comportă două intervenţii deosebite, separate printr-un interval liber de 8— 14 zile.

Prima intervenţie se limitează doar la o simplă intramuralizare a ureterului ce îşi păstrează continuitatea în peretele colic (între mucoasă şi musculoasă).

A doua intervenţie se limitează la secţionarea ureterului imediat sub tunelul său colic şi introducerea capătului superior ureteral în lumenul recto-sigmoidului printr-un orificiu minim.

Autorul susţine că în acest mod evită pericolul peritonitei prin desfacerea suturilor (complicaţie citată în evoluţia operaţiei Coffey clasice).

d) TRATAMENTUL DURERII

Deoarece problema aceasta am expus-o pe larg în 1972 (Chiricuţă L, Rişcă M.), reproducem din acest studiu:

Cauzele durerii sînt multiple.

Ea poate fi provocată de evoluţia procesului canceros (prin compresiunea nervilor sau prin distensie); apare şi datorită unor radiodistrofii ale organelor pelviene sau ale peretelui pelvisului (radiodermite, radiodistrofii osteomusculare).

Uneori durerea nu este legată de procesul canceros (afecţiuni inflamatorii, discopatii, sindroame nevralgice etc.).

Durerea cauzată de radiodistrofie sau de evoluţia procesului canceros îmbracă, după M. Dargent (1963), 5 forme:

1. *Durerea viscerală*, de obicei rectală sau vezicală, accentuată adeseori de suprapunerea unui proces infecţios.

2. *Durerea prin distensia unui organ cavitar* (uter, rect sau vezică), expresia unei radiodistrofii viscerale sau, dacă este tardivă, a unei recidive neoplazice.

3. *Durerea de origine vasculară*, în general de mare intensitate, este însoţită de tulburări vasomotorii. Ea reflectă fie o compresiune vasculară, fie o limfangită perivasculară.

4. *Durerea prin leziune nervoasă*, cu topografie variată (obturatoare, sciatică, perineală etc.) cauzată de evoluţia procesului tumoral.

5. *Durerea prin interesarea altor organe*, extrapelviene, reflectă de obicei existenţa metastazelor la distanţă.

Tratamentul va viza desigur înlăturarea cauzei, ori de cîte ori este posibil (evacuarea uterului în caz de retenţii, ureteroliza în caz de stenoză cicatricială, derivaţii urinare cînd se constată' obstrucţii ureterale nerezolvabile prin procedeele de exereză ale procesului canceros, enterolize şi derivaţii intestinale pentru subocluzie, extirparea ganglionilor neoplazici care comprimă vasele sau nervii etc.). Radiodermitele dureroase se rezolvă prin extirparea tegumentelor distrofice şi prin operaţii plastice consecutive.

Radioterapia va fi rezervată pentru cancerele neiradiate.

Chimioterapia este puţin utilizată, deoarece citostaticele uzuale nu au un efect net în cancerul colului uterin. Se utilizează mai ales Ciclofosfamida. Solid oro şi colab. (1966) şi Smith şi colab. (1967), obţin o ameliorare obiectivă şi subiectivă cuprinsă între 19,0 şi 30,0% cu o mortalitate legată de administrarea citostaticului între 7,3% şi 8,5%.

Experienţa noastră privind chimioterapia cancerului colului uterin nu ne dă dreptul să fim atît de optimişti.

Cînd durerea nu este influenţată de tratamentele medicamentoase uzuale (exceptînd opiaceele), vom recurge, după caz, la intervenţii, fie pe sistemul nervos periferic (infiltraţii cu novocaină sau alcool, sau chiar recurgînd la secţiuni nervoase), fie pe căile centrale ale sensibilităţii. Intervenţiile mai frecvent utilizate sînt mielotomia comisurală posterioară, pentru durerile situate în pelvisul anterior (vezică, vagin) şi cordotomia antero-laterală (pentru durerile prin compresiune nervoasă sau vasculară, cu iradieri în membrele inferioare sau cu o localizare pelvină posterioară).

Intervenţiile efectuate la nivelul etajului encefalic sub formă de lobotomie prefrontală, infiltraţii prefrontale cu novocaină sau ser fiziologic, distrugerea centrilor talamici, sînt mai rar practicate. Citînd pe Pheline şi Riechert, M. Dar- gent (1963) arată că infiltraţia prefrontală poate da rezultate bune în 80% din cazuri, iar distrugerea centrilor talamici poate fi eficace cînd celelalte metode şi-au epuizat resursele.

Aceste tipuri de intervenţii nu se pot însă generaliza: ele rămîn apanajul unor centre specializate şi în consecinţă nu pot intra în discuţia tratamentului curent al durerii.

Intervenţii pe căile medula (după M. Dargent)
re

Intervenţia	Ni. bolnave	Dscese post-op ei	Rezul tate mediocr e sau proaste	Rezul tate bune	Rezul tate excelent e	Pierdute din vedere
Mielotomie comisurală posterioară	104	10	33	30	31	____
Cordotomie anterolaterală (D. 4)	45	8	8	5	20	4
Cordotomie anterolaterală subbulbară cervicală	2	*mm*	1	1	—■	—

Metodele neurochirurgicale sînt singurele care în final mai pot ameliora durerea în cazurile fără speranţă.

înainte de a face apel la intervenţii mai complicate, prima tentativă de interceptare a căilor de transmitere a durerii, care poate fi întrebuinţată în orice serviciu de ginecologie, este alcoolizarea subarahnoidiană, propusă de Dogliotti. Metoda este simplă şi se poate repeta de 2—3 ori dacă durerile reapar după o ameliorare de mai multe săptămîni sau luni. Uneori pot apare pareze sfincteriene care sînt însă reversibile.

Tehnica alcoolizării subarahnoidiene Dogliotti

Tehnica alcoolizării subarahnoidiene practicată de noi este următoarea: Bolnava este culcată pe masă, în aşa fel ca flancul din partea dureroasă să fie în sus. Sub bazin se pune un rulou (eventual perne) înalt de 25 cm, pentru a ridica regiunea lombosacrată a coloanei vertebrale cu mult deasupra nivelului capului, care trebuie aplecat în jos (fără pernă). Bolnava este aplecată puţin ventral, cu spatele arcuit, ca pentru rahianestezie (fig. 707).

Se face o puncţie rahidiană la nivelul spaţiului L_4—L_5 (sau $L_ă$—L_4). După scurgerea cîtorva picături de lichid cefalorahidian (clar şi nu hemoragie) se introduce lent, în decurs de 4—5 minute, o cantitate de 0,5 ml (maximum 0,8 ml) alcool absolut, distilat. Alcoolul care are o densitate (0,806) mai mică decît a lichidului cefalorahidian (1,007), se va ridica spre punctul cel mai înalt al rahisului (în cazul nostru coloana lombosacrată) şi se va fixa pe rădăcinile posterioare, senzitive, blocîndu-le. Nu se va amesteca alcoolul diluat fiind ineficace. Bolnava rămîne apoi în această poziţie aproximativ o oră, după care va fi menţinută în poziţie orizontală încă 2 ore.

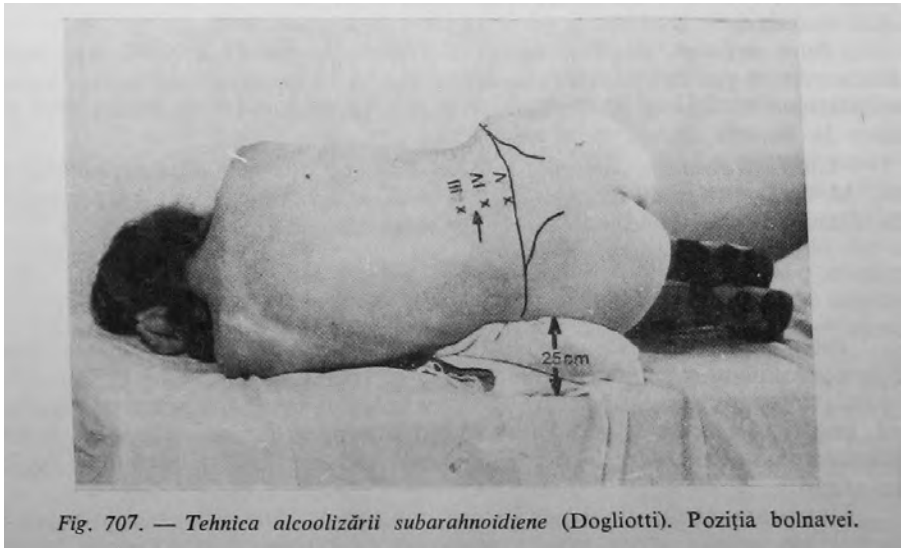


Fig. 707. — Tehnica alcoolizării subarahnoidiene (Dogliotti). Poziţia bolnavei.

Imediat după injectare, bolnava simte amorţirea membrului posterior dureros şi durerile pot chiar dispărea.

După 20—30 minute survin tulburări de sensibilitate şi o senzaţie de greutate în membrele inferioare, însoţite de hipotonie musculară. Aceste tulburări dispar în 24—48 ore. în zilele următoare există o exacerbare a durerilor, pentru ca a treia sau a patra zi să apară efectul antalgic.

Complicaţii ca: retenţie sau incontinenţă urinară sau a materiilor fecale, pareza membrelor inferioare (temporar), sînt rare.

Rezultatele obţinute au fost mulţumitoare. Guenhill şi Schmitz remarcă în 85% din cazuri o dispariţie totală a durerilor, dar limitată în timp, în 5% o uşurare parţială, iar în 10% metoda nu a avut nici un efect. Cînd durerea este provocată de distensia bazinetală prin comprimarea ureterelor, metoda este ineficace.

Serebrov (1948, 1950) a aplicat-o în unele cazuri ambulator, iar C. Stanca o recomandă ca avînd rezultate bune.

Rezultatele noastre au fost favorabile, dar temporare (2—3 luni) şi lipsite de accidente.

Alcoolizarea Dogliotti este indicată mai ales în durerile pelviene unilaterale. Dacă nu se obţine rezultatul spontan pentru o durată mai lungă, se indică cordo- tomia, prin care se secţionează transversal cordonul antero-lateral al măduvei. Se efectuează de obicei la nivelul D., şi poate fi uni- sau bilaterală. Efectul cordo- tomiei se manifestă prin dispariţia de partea opusă a durerilor şi lipsa senzaţiilor termice; sensibilitatea tactilă este păstrată. Cînd urmărim un efect bilateral, secţiunea controlaterală se face la nivele diferite, pentru a evita tulburările vasculare medulare.

Intervenţia nu este însă lipsită de riscuri, deoarece secţiunile care depăşesc limita admisă pot leza fibrele fasciculului piramidal direct, producîndu-se tulburări sfincteriene, vezicale şi anale. Leriche afirmă că bilateralizarea cordotomiei poate duce la moarte rapidă prin pielonefrită.

Cînd cordotomia efectuată la nivelul D_4 nu este urmată de rezultatul scontat, M. Dargent (1963) recomandă repetarea ei, dar la nivelul L_v unde pericolul de lezare a fibrelor învecinate este mult mai redus.

Intervenţii efectuate pe căile simpatice

Intervenţiile efectuate pe căile simpatice sînt multiple. Sînt utilizate: simpa- tectomia lombară şi simpatectomia presacrată (operaţia lui Cotte). I. Jianu (1926) a asociat simpatectomiei presacrate şi simpatectomia periiliacă primitivă şi periaor- tică, uneori cu rezecţia plexului mezenteric inferior şi a lanţului simpatic lombar. Simpatectomiile complexe uşurează temporar durerea (cca. 1 an) numai în 25% din cazuri.

După cum rezultă din datele expuse, combaterea durerii în cazurile de cancere avansate ale colului uterin este o problemă încă nerezolvată. Trebuie folosită, cînd este cazul, metoda alcoolizării subarahnoidiene preconizată de Dogliotti, care prin simplitatea ei poate fi aplicată în orice serviciu de chirurgie. Diferitele tipuri de neurotomii descrise pot da rezultate, dar indicaţia şi efectuarea lor aparţin neurochirurgului.

Lupta pentru soluţionarea durerii prin metode neurochirurgicale este justificată la bolnavele cu stare generală bună, cînd procesul malign este staţionar sau lent evolutiv şi mai ales localizat unilateral.

De foarte multe ori, medicul este obligat să renunţe la căutarea unei soluţii durabile de lichidare a durerii prin neurotomii. Cînd starea generală este alterată (hemoragii, pielite, caşexie), vom fi obligaţi să recurgem la morfină sau la preparate cu efect similar pînă la exitusul bolnavei.

Tratamentul colecţiilor purulente pelviene

Existenţa acestor colecţii împiedică efectuarea unui tratament corect radioterapie, deoarece radioterapia în aceste condiţii poate determina apariţia unor peritonite.

Se vor practica: anexectomie în caz de piosalpinx, deschiderea colului în caz de piometrie, colpotomie în caz de pelviperitonită. Utilizarea antibioticelor uşurează mersul postoperator. Radiumul şi iradierea externă va fi începută numai după rezolvarea chirurgicală a focarului supurativ.

CHIRURGIA GINECOLOGICĂ SUPRARADICALĂ ÎN TRATAMENTUL CU INTENTTE DE RADICALITATE A CANCERELOR AVANSATE (STADIUL III ŞI IV; ALE UTERULUI ŞI VAGINULUI *(«* Chirurgia in două echipe»;

IMPORTANŢA ŞI INDICAŢIILE <fCHIRURGIEI ÎN DOUĂ ECHIPE»

Ideea de a opera neoplasmele organelor pelviene în două echipe (abdominală şi perineală), care acţionează simultan, aparţine lui Toritaka şi Fujinami (1923). Metoda a fost perfecţionată ulterior de Kirschner (1935), A. Ameline, I. Huguier (1948) ş.a. La noi în ţară metoda a fost aplicată de Chiricuţă I. cu începere din anul 1952, pentru soluţionarea unor cazuri avansate de cancere ale organelor pelviene.

Am recurs la acest gen de exereză lărgită entuziasmat de « rezultatele excepţionale» înregistrate prin chirurgia în două echipe în amputaţiile rectale. Prin acumularea de experienţă am ajuns la concluzia că dacă în chirurgia rectului acest gen de exereză chirurgicală uşurează substanţial tehnica, diminuă riscul operator şi ameliorează rezultatele la distanţă prin faptul că permite o exereză mai largă a rectului canceros. în chirurgia ginecologică tehnica duce la exereze prea largi, care creează infirmităţi grave. La două paciente cu cancer de col uterin stadiul III operate după tehnica lui Ameline şi Huguier, datorită facilităţilor tehnice create de operarea în două echipe în ce priveşte extirparea întregului ţesut conjunctiv pelvian, am creat infirmităţi fiziologice grave şi ireversibile: denerva- rea totală a vezicii urinare, cu imposibilitatea micţiunii. Bolnavele au purtat permanent sonde vezicale Pezzer şi cu timpul au făcut infecţii urinare cronice, rezistente la toate antibioticele din acea vreme (1955) şi după 6 luni au sucombat. La o altă pacientă, operată tot în două echipe pentru un cancer de col, extirparea mult prea extinsă a ţesutului celular pelvian şi telefonarea ureterelor pe toată porţiunea lor pelviană, a dus la o strangulare a acestora în cicatricea pelviană, încît pacienta a sucombat după cîteva luni prin hidronefroză bilaterală.

La toate aceste trei paciente procesul canceros a recidivat, cu toată exereză anatomică exagerat de extinsă, mutilantă chiar. Personal, am renunţat ulterior la chirurgia în două echipe în ginecologie, extinzînd-o în schimb în chirurgia de exereză rectală. Şi alţi autori (Henry Robert, 1969) au ajuns la aceleaşi concluzii. Aşa se explică de ce între 1951—1955 am operat în două echipe 12 cazuri de cancere genitale, iar între 1955—1980 nu am mai operat decît 2 cazuri. Simţul responsabilităţii faţă de uşurarea suferinţei bolnavelor cu cancer şi faţă de viaţa lor, m-au determinat să renunţ la operarea în două echipe şi să recurg din ce în ce mai mult la avantajele mari oferite de intrarea în practică a radioterapiei cu energii înalte, completată cu operaţii rezonabile ca exereză anatomică.

în cancerele înaintate ale colului uterin (stadiul III şi IV), corpului şi vaginului, radioterapia cu energii înalte oferă posibilităţi mult mai bune de tratament şi ameliorare decît oferă chirurgia mutilantă în două echipe. Singurele indicaţii ginecologice pe care le-am păstrat pentru chirurgia în două echipe sînt:

1. cancerele de col extinse la întreg vaginul şi care nu au invadat masiv parametrele, unde este indicată histerectomia totală lărgită cu colpectomie totală ;
2. pelvectomiile totale sau hemipelvectomiile anterioare şi posterioare şi numai atunci cînd procesul canceros impune şi extirparea perineului, situaţie excepţional de rar întîlnită în practică;
3. cancerul primitiv al vaginului, unde se face colpectomia totală;
4. cancerul rectal inferior propagat la vagin.

Este indiscutabil faptul că operaţia în două echipe creează cîteva avantaje care trebuie semnalate:

— scurtarea timpului de operaţie;

— permite o exereză mult mai lărgită a organelor şi ţesutului celular pelvian, în special a pediculului subureteral; operînd pe cale exclusiv abdominală extirparea în întregime a pediculului subureteral întîmpină dificultăţi din cauza hemostazei dificile (reţeaua venoasă principală este situată profund pe faţa superioară a muşchiului ridicător anal) şi a raporturilor pediculului subureteral cu muşchii ridicători anali (fig. 708 A şi C).

Situaţia este cu totul schimbată cînd se atacă pedicului subureteral în mod sincron pe cale abdominală şi perineală (vaginală) (fig. 708 B şi D).

Aceleaşi avantaje le oferă chirurgia în două echipe şi în extirparea ligamentelor utero-sacrate sau a aripioarelor rectului (cazul hemipelvectomiilor posterioare):

— uşurează mult colpectomia totală, atunci cînd ea se impune;

— uşurează tehnica pelvectomiilor, prin mărirea posibilităţilor de abordare a organelor excavaţiei pelviene (cîmp operator dublu: abdominal şi perineal);

— bolnava are o poziţie unică în tot timpul operaţiei, evitîndu-se trecerea din poziţia Trendelenburg în poziţia ginecologică. Aceste schimbări de poziţie lungesc timpul intervenţiei şi sînt şocante.

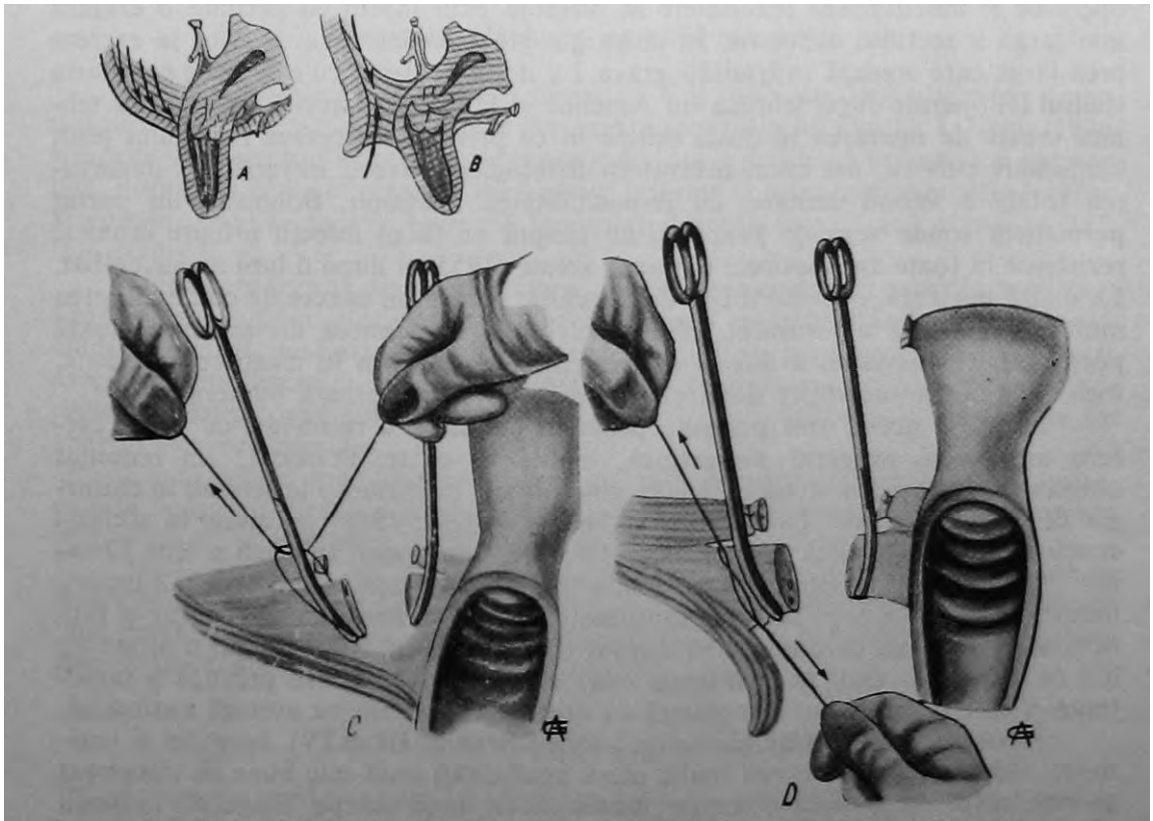


Fig. 708. — Extirparea pediculului subureteral prin intervenţie în două echipe :
A — operînd pe cale abdominală, este greu să extirpăm în întregime pediculul subureteral, în special porţiunea aderentă la faţa superioară a mușchiului ridicător anal; pensarea pedicului se va face deci în etape succesive și la distanță de mușchi; *B* — operînd în două echipe, pediculul subureteral este atacat sincron pe cale abdominală și perineală (vaginală), secţiunea lui făcîndu-se ras cu mușchiul ridicător anal (în caz că mușchiul este infiltrat, acesta se poate extirpa cu ușurință); *C* — operînd pe cale abdominală, firul de ligatură a pedicului subureteral se aplică cu dificultate, nodul încălecînd vîrful pensei; *D* — același fir de ligatură este aplicat mai ușor prin operația în două echipe (un capăt al firului este exteriorizat prin pelvis, iar celălalt, perineal); strîngerea nodului se face în axul firelor, fără să mai alunece peste vîrful pensei (fig. A și B după Ameline și Huguier).

Unele din aceste avantaje se pot transforma uneori în dezavantaje pentru bolnavă: chirurgia în două echipe, oferind un cîmp vast de acţiune chirurgului, tentează la exereze exagerate în lărgime a ambelor parametre şi la decolări prea largi a ureterelor.

Infiltrarea unui parametru pînă la bazin (stadiul al III-lea parametru) impune chirurgului extirparea totală a ţesutului indurat neoplazic. Parametrul va fi extirpat împreună cu nervii vezicii, pînă la peretele bazinului, iar în jos pînă la ridicătorul anal.

Pentru a păstra inervaţia vezicii şi a asigura o micţiune normală, se va menaja ureterul (nedezgolindu-1 pe o distanţă prea mare), treimea externă a pediculului subureteral (ce conţine nervii vezicii şi plexul hipogastric inferior) în partea opusă, adică acolo unde parametrul este suplu.

Cînd ambele parametre sînt invadate neoplazic, extirparea lor pînă la peretele bazinului, chiar dacă tehnic este posibilă, nu este de recomandat, avînd în vedere gravele complicaţii urinare ce pot surveni. în aceste cazuri se recomandă tratamentul radioterapie.

CONDIŢII PENTRU EFECTUAREA OPERAŢIILOR ÎN DOUĂ ECHIPE

Chirurgia în două echipe se poate practica în orice sală de operaţie dotată pentru intervenţii laborioase, dacă se fac unele mici modificări mesei de operaţie ginecologică, mai ales în ce priveşte suporturile membrelor inferioare (fig. 709).

Este nevoie şi de un reflector puternic, necesar luminării cîmpului perineal.

Poziţia bolnavei şi a chirurgilor este indicată în fig. 710.

Vom expune următoarele tehnici executate în două echipe:

— limfadeno-histerocolpectomia totală supralărgită;

H§hemipelvectomia anterioară;

— hemipelvectomia posterioară;

— pelvectomia totală.

TEHNICI OPERATORII

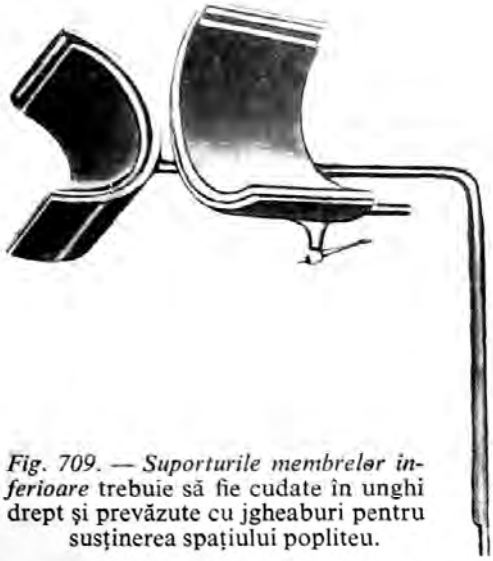
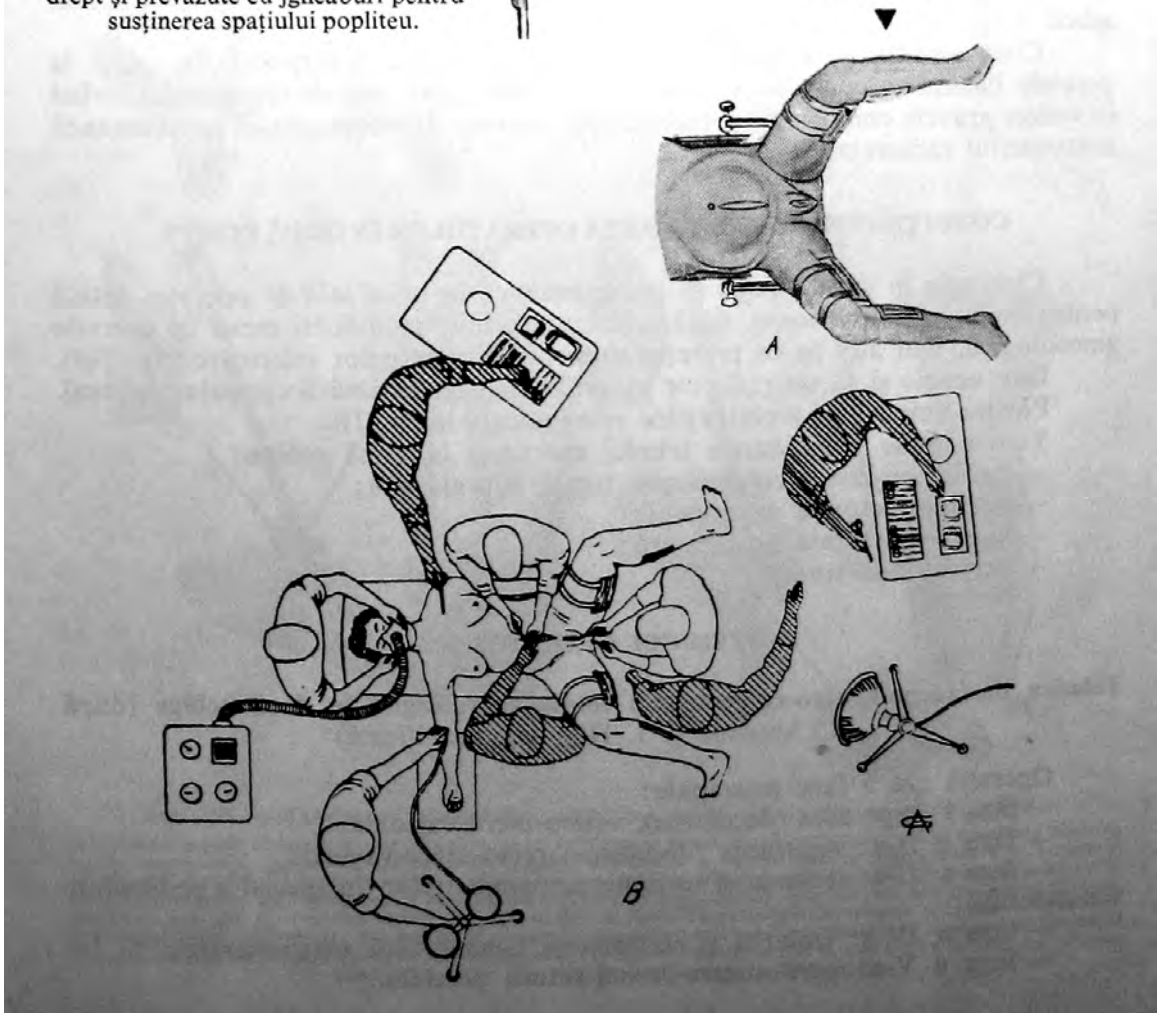


Fig. 709. — Suporturile membrelor inferioare trebuie să fie cudate în unghi drept şi prevăzute cu jgheaburi pentru susţinerea spaţiului popliteu.

Fig. 710. — Poziţia bolnavei, chirurgilor şi reanimatorului :

A — bolnava este aşezată în poziţie ginecologică (după efectuarea anesteziei şi obţinerea relaxării musculare), pelvisul depăşind marginea mesei (eventual cu un sac cu nisip sub sacru). Coapsele în abducţie maximă, cu o uşoară flexie, sînt fixate în suporturile metalice, iar gambele fac unghi drept cu coapsele. Nu se imprimă mesei înclinarea Trendelenburg exagerată, deoarece se creează dificultăţi echipei perineale; *B* — aşezarea chirurgilor principali, a ajutoarelor şi anestezistului. Operatorul principal se poate deplasa din echipa abdominală, acţionînd în echipa perineală ori de cîte ori situaţia o cere.



Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totate supralărgite în două echipe (după A. Ameline şi J. Huguier, modificată)

Operaţia are 5 faze principale:

— faza I: separarea (decolarea), vezico-utero-vaginală;

—■faza a Il-a: separarea (decolarea) recto-utero-vaginală;

'^^—'faza a IlI-a: izolarea şi secţionarea parametrelor (în special a pediculilor subureterali):

— faza a IV-a: izolarea şi secţionarea ligamentelor utero-sacrate;

— faza a V-a: peritonizare-drenaj-sutura peretelui.

Fiecare fază, la rîndul ei, este formată din mai mulţi timpi operatori, executaţi de echipa abdominală şi echipa perineală ce acţionează simultan şi coordonat (element indispensabil unei bune desfăşurări a tehnicii). Timpii operatori abdominali fiind similari limfadeno-histero-colpectomiei abdominale pentru stadiul I şi II nu-i mai descriem.

Faza I: Decolarea vezico-utero-vaginală

Timpi operatori executaţi de echipa abdominală. Celiotomia, limfadenectomia iliacă, extirparea pediculului supraureteral cu ligatura arterei uterine (fig. 711) şi a pedicului cornului vezical (fig. 712), prepararea ureterelor (fig. 713) şi decolarea vezico-uterină, sînt asemănătoare cu timpii respectivi din tehnica limfadeno-histero-colpectomiei lărgite efectuate pe cale exclusiv abdominală.

Timpi operatori executaţi de echipa perineală. Echipa perineală nu intră în acţiune decît numai după ce echipa abdominală a apreciat operabilitatea.

1. Incizia circulară a orificiului extern vaginal cu disecţia vaginului (fig. 714-A).
2. Separarea pediculului subureteral de fata superioară a ridicătorului anal (fig. 714-B).
3. Separarea anterioară a vaginului de vezică.

Decolarea vezico-vaginală de jos în sus se face cu multă prudenţă, deoarece se poate intra cu uşurinţă în vezică, la nivelul trigonului. Această decolare se face mai uşor de către echipa abdominală (fig. 715-A). Pentru a evita rănirea vezicii, disecţia se va face avînd ca ghid o sondă rigidă plasată în uretră.

Rezultatul tuturor acestor timpi operatori realizaţi în mod coordonat este decolarea vezico-utero-vaginală şi întîlnirea celor două echipe în spaţiul vezico- utero-vaginal (fig. 715-B).

Faza a II-a: Decolarea recto-utero-vaginală

Timpi operatori executaţi de echipa abdominală. Incizia fundului de sac peritoneal recto-uterin (Douglas) şi separarea rectului de uter şi vagin, cu ajutorul tamponului montat (fig. 716-A).

în opoziţie cu dezlipirea anterioară (vezico-utero-vaginală), unde decolarea se făcea cu mai multă uşurinţă şi siguranţă de sus în jos, dezlipirea posterioară se face mai uşor de jos în sus, aşa că echipa perineală va realiza cea mai mare parte a acestui timp operator (fig. 716-B).

Timpi operatori executaţi de echipa perineală. Separarea rectului de vagin prin disecarea septului rectovaginal.

Rezultatub tuturor acestor timpi operatori realizaţi în mod coordonat este separarea posterioară a uterului şi vaginului de rect, cu întîlnirea celor două echipe (fig. 716-C).

în acest moment, pelvisul apare luminat difuz, datorită pătrunderii luminii prin cîmpul perineal, fapt ce măreşte vizibilitatea.

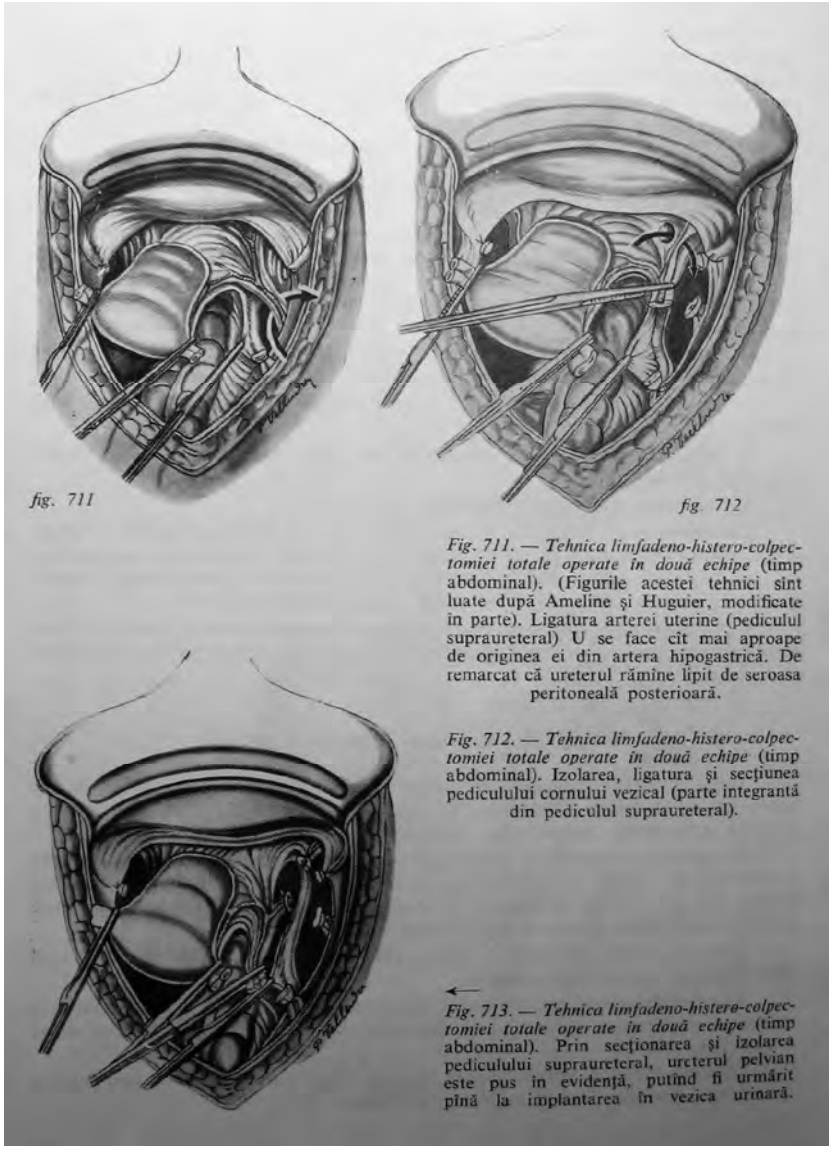


fig. 711

fig. 712

Fig. 711. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe (timp abdominal). (Figurile acestei tehnici sînt luate după Ameline şi Huguier, modificate în parte). Ligatura arterei uterine (pediculul supraureteral) U se face cît mai aproape de originea ei din artera hipogastrică. De remarcat că ureterul rămîne lipit de seroasa peritoneală posterioară.

Fig. 712. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe (timp abdominal). Izolarea, ligatura şi secţiunea pediculului cornului vezical (parte integrantă din pediculul supraureteral).

←

Fig. 713. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe (timp abdominal). Prin secţionarea şi izolarea pediculului supraureteral, urcterul pelvian este pus în evidenţă, putînd fi urmărit pînă la implantarea în vezica urinară.

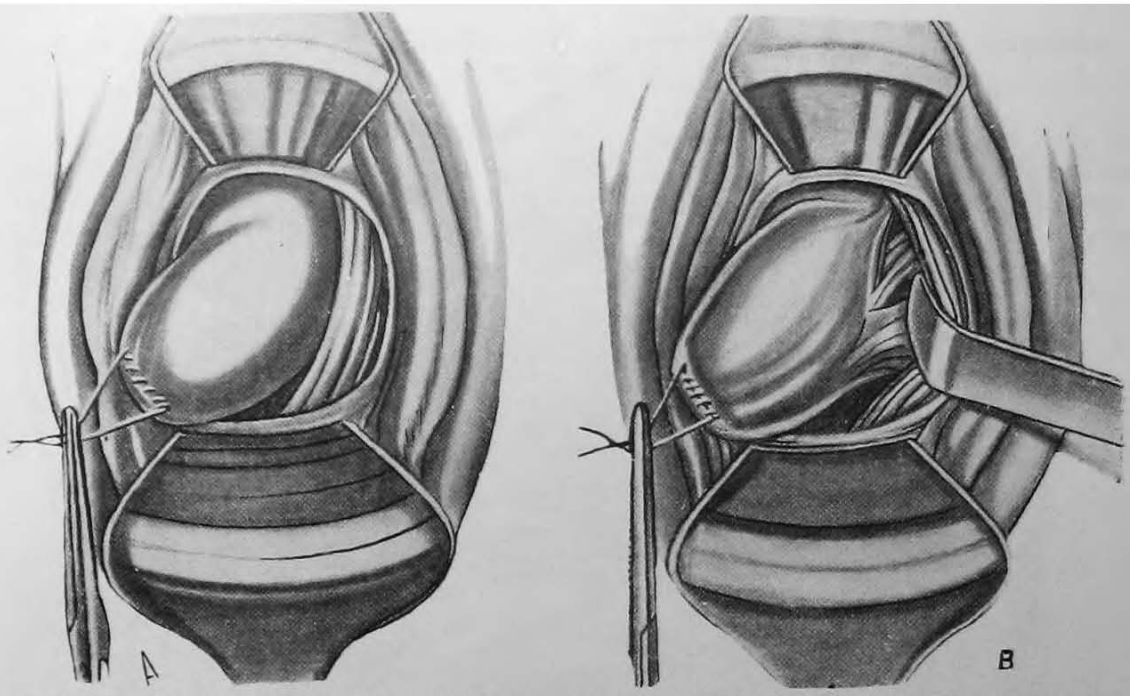


Fig. 714. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe (timp perineal):
A — După incizia circulară şi sutura orificiului extern vaginal, se continuă disecţia vaginului în sus, pînă la planul muşchilor ridicători anali. *B* — Prin depărtarea divergentă a cilindrului disecat şi a muşchiului ridicător anal este expusă faţa inferioară a pediculului subureteral.

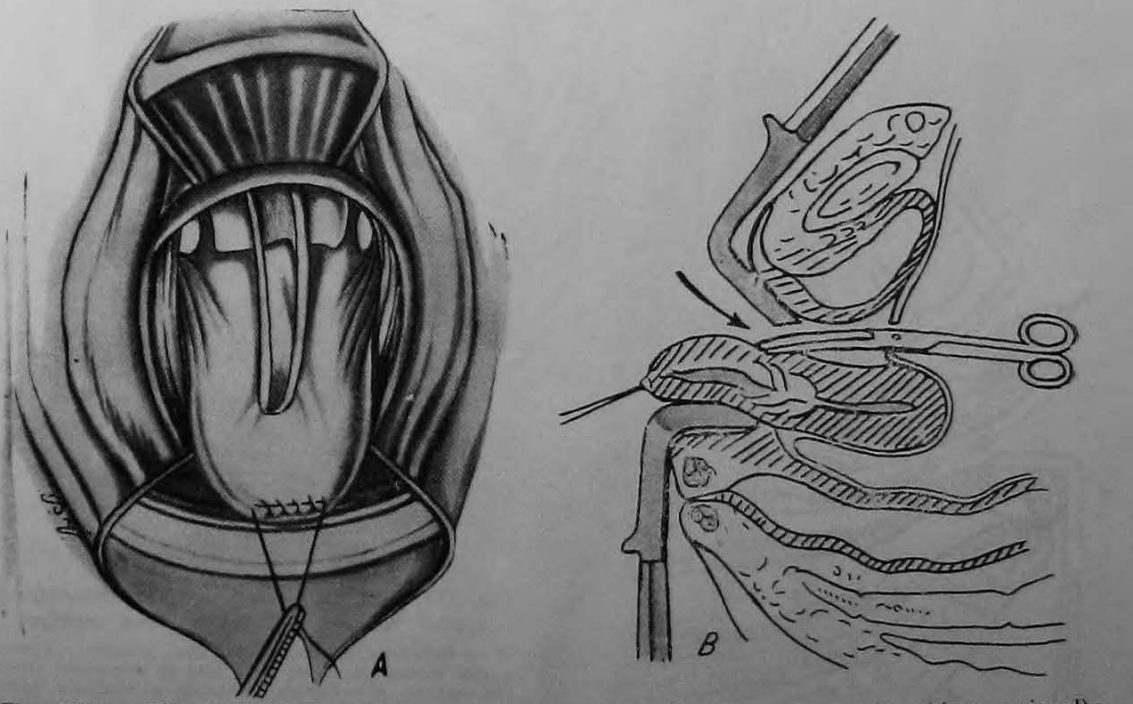


Fig. 715. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe (timp perineal):
A — Decolarea anterioară a vaginului de vezică de jos în sus fiind dificilă (pericolul perforării vezicii) se va prefera decolarea de sus în jos, timp executat de echipa abdominală. *B* — Decolarea anterioară (vezico-utero-vaginală) este terminată prin întîlnirea celor două echipe.

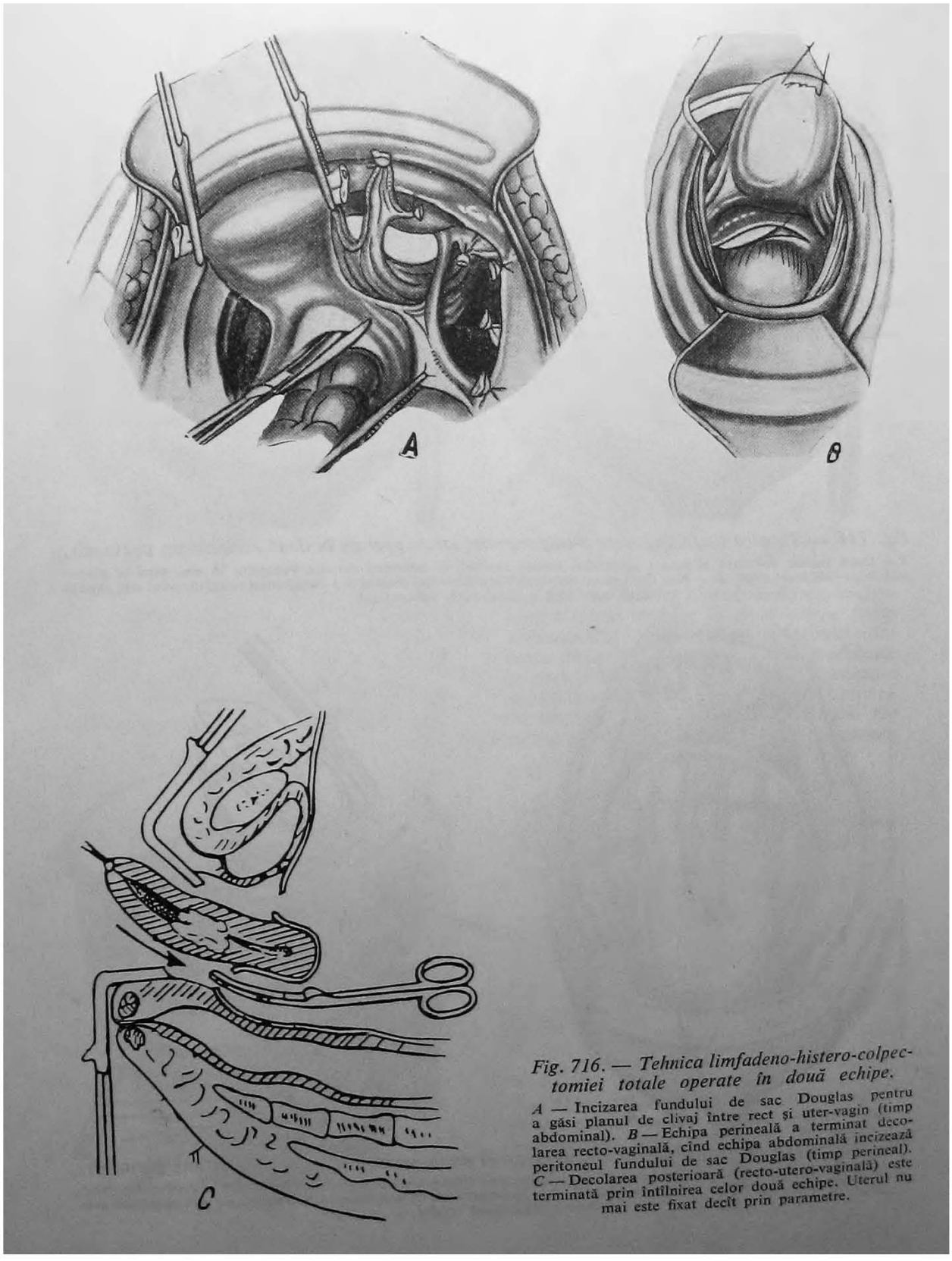


Fig. 716. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe.

A — Incizarea fundului de sac Douglas pentru a găsi planul de clivaj între rect şi uter-vagin (timp abdominal). *B* — Echipa perineală a terminat decolarea recto-vaginală, cînd echipa abdominală incizează peritoneul fundului de sac Douglas (timp perineal). *C* — Decolarea posterioară (recto-utero-vaginală) este terminată prin întîlnirea celor două echipe. Uterul nu mai este fixat decît prin parametre.

Faza a IlI-a : Izolarea şi secţionarea parametrelor (în special a pediculilor subureterali)

Odată uterul şi vaginul separate anterior de vezică şi posterior de rect, nu mai sînt fixate la perete decît prin parametre şi ligamentele utero-sacrate. Prin faptul că lumina pătrunde în pelvis din cîmpul perineal prin spaţiile decolate vizibilitatea parametrelor este crescută, ele apărînd ca nişte coarde groase ce merg de la uter la pereţii pelvisului.

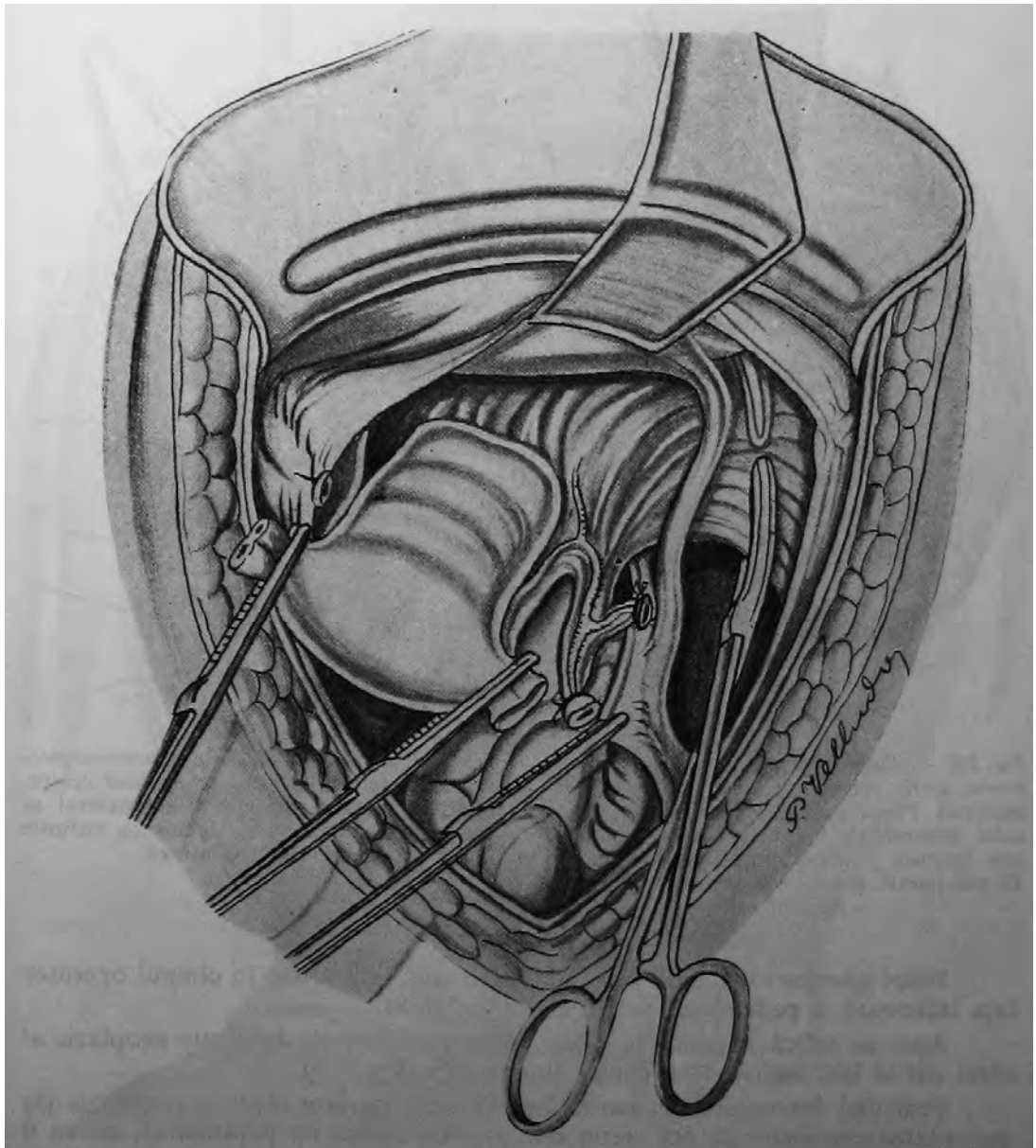


Fig. 717. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe (timp abdominal). Pedicului subureteral este pensat lateral în mod sincron, pe cale abdominală şi perineală.

Timpi operatori executaţi de echipa abdominală. Uterul cu pediculul supra- ureteral deja secţionat şi ureterul sînt trase în partea opusă parametrului ce va fi extirpat.

După ce s-a preparat marginea anterioară şi posterioară a pediculului subureteral infiltrat neoplazic, se aplică o pensă cu braţe puternice (tip J. L. Faure), cît mai departe de marginea induraţiei neoplazice (fig. 717).

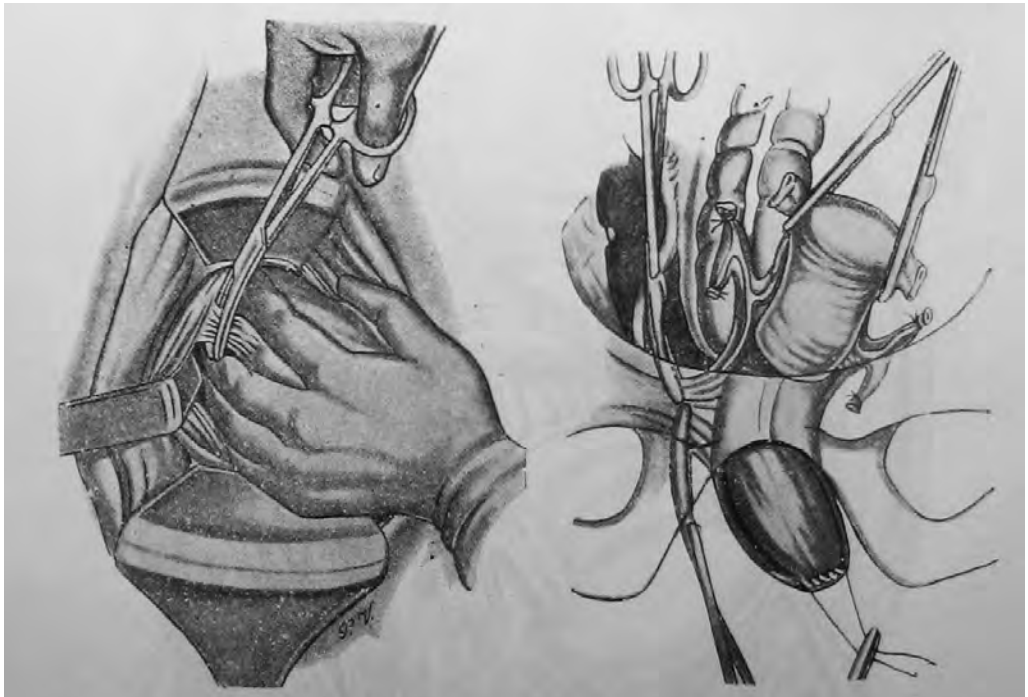


Fig. 718. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale operate în două echipe (timp perineal). Pensa aplicată deschisă pe pediculul subureteral, în apropierea vaginului, este împinsă printr-o mişcare de alunecare cît mai lateral, şi apoi este închisă (manevra Ameline).

Fig. 719. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale lărgite operate în două echipe. Pentru ca masa pediculului subureteral să fie pensată în totalitate trebuie ca vîrfurile penselor să se atingă.

Timpi operatori executaţi de echipa perineală. Se expune în cîmpul operator faţa inferioară a pediculului subureteral (fig. 718).

Apoi se aplică o pensă în afara zonei parametriale infiltrate neoplazic al cărui vîrf să întîlnească vîrful pensei abdominale (fig. 719).

Pediculul subureteral de partea opusă, care nu este infiltrat neoplazic (în majoritatea cancerelor de col uterin este invadat numai un parametru), nu va fi rezecat tot atît de larg, ci numai în treimea sa internă; în felul acesta se păstrează inervaţia vezicii şi se asigură protecţia ureterului respectiv.

Faza a I V-a: Izolarea şi secţionarea ligamentelor utero-sacrate

Echipa abdominală izolează ligamentul utero-sacrat de partea parametrului infiltrat neoplazic şi aplică pensa cît mai aproape de inserţia sacrată (în partea opusă, ligamentul va fi rezecat mai economic, pentru a proteja plexul nervos hipogastric).

Fig. 720. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale lărgite operate în două echipe. Pensarea ligamentelor uterosacrate se face mai bine pe cale perineală.

In acelaşi timp şi în mod coordonat, echipa perineală execută aceeaşi manevră. în multe cazuri, dată fiind situaţia joasă a acestor formaţiuni, echipa abdominală se mulţumeşte numai cu izolarea ligamentului utero-sacrat şi protejarea rectului, pensarea ligamentului făcîndu-se în condiţii mai bune de către echipa perineală (fig. 720).

în unele cazuri dificile, chirurgul echipei abdominale aplică pensa pe cale perineală, în timp ce cu mîna depărtează pe cale abdominală uterul şi vaginul, protejînd rectul (fig. 721). Piesa operatorie este liberată şi îndepărtată din pelvis (fig. 722).

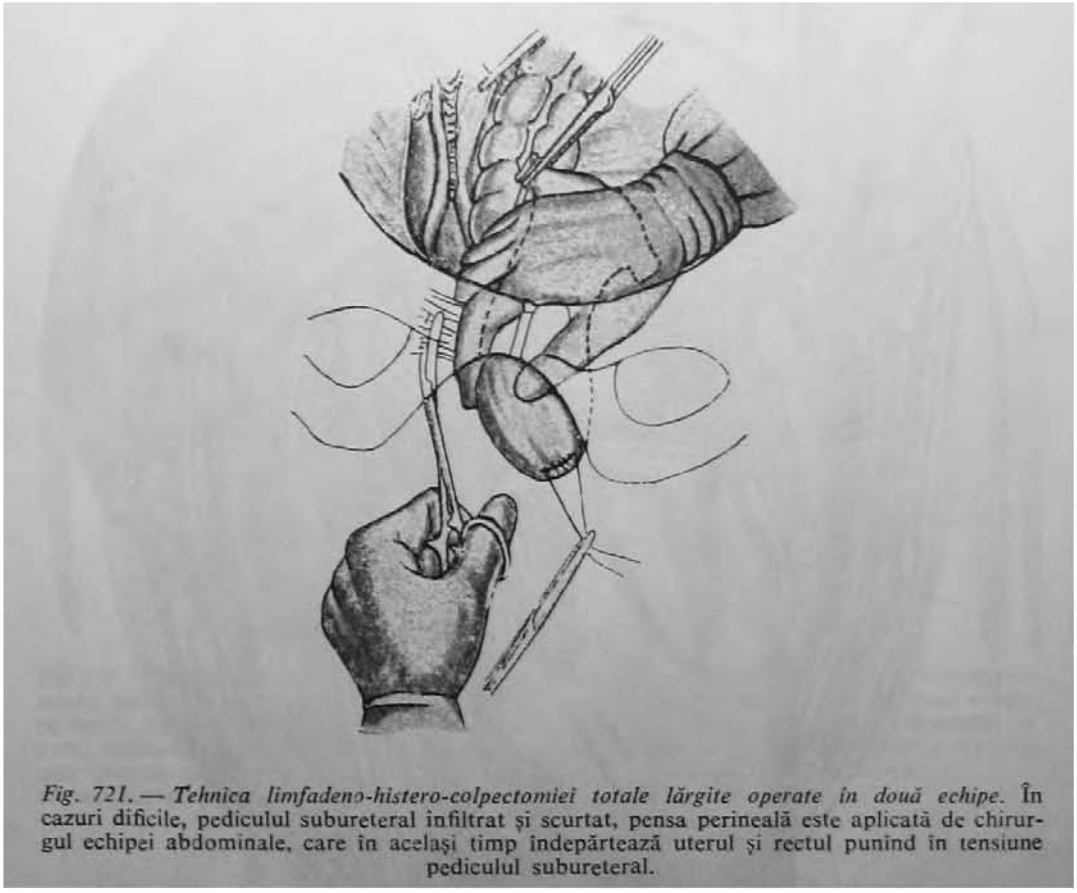


Fig. 721. — Tehnica limfadeno-histero-colpectomiei totale lărgite operate în două echipe. În cazuri dificile, pediculul subureteral infiltrat şi scurtat, pensa perineală este aplicată de chirurgul echipei abdominale, care în acelaşi timp îndepărtează uterul şi rectul punînd în tensiune pediculul subureteral.

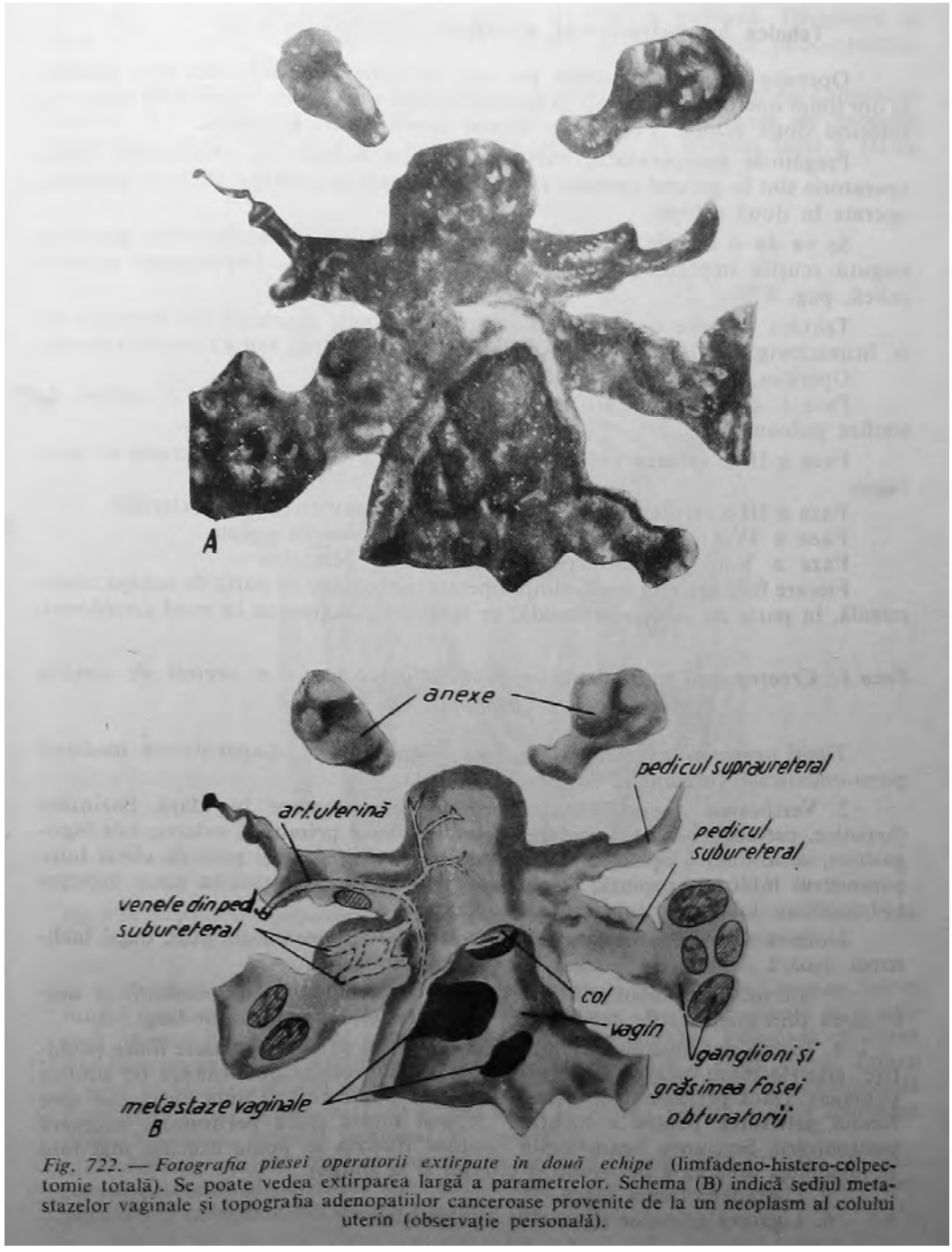


Fig. 722. — Fotografia piesei operatorii extirpate în două echipe (limfadeno-histero-colpectomie totală). Se poate vedea extirparea largă a parametrelor. Schema (B) indică sediul metastazelor vaginale şi topografia adenopatiilor canceroase provenite de la un neoplasm al colului uterin (observaţie personală).

Faza a V-a: Peritonizare-drenaj-sutura peretelui

Nu diferă faţă de peritonizarea obişnuită, trebuind să fie totală. Drenajul va fi dublu: perineal (cu tub de cauciuc), prin spaţiul rămas după colpectomia totală, şi abdominal.

Tehnica hemipelvectomiei anterioare (operaţia în două echipe)

Operaţia se poate practica pe cale combinată, abdominală şi perineală, în doi timpi operatori, executaţi în acceaşi şedinţă sau într-un singur timp operator, folosind două echipe. Prezentăm numai această ultimă tehnică.

Pregătirile preoperatorii, anestezia, poziţia bolnavei şi reanimarea intraoperatorie sînt în general comune cu acelea utilizate în intervenţiile mari pelviene, operate în două echipe.

Se va da o atenţie deosebită reducerii septicităţii cadrului colic, pentru a asigura reuşita implantării ureterocolice (vezi technica — implantarea uretero- colică, pag. 878).

Tehnica pe care o practicăm împrumută unele elemente din lucrările lui A. Brunschwig, L. Michon — A. Ameline şi Comte-Bottou asupra acestei operaţii.

Operaţia are cinci faze principale:

Faza I: crearea unui spaţiu anterior, prin dezlipirea vezicii şi uretrei de simfiza pubiană.

Faza a II-a: crearea unui spaţiu posterior, prin dezlipirea rectului de uter- vagin.

Faza a IlI-a: izolarea şi rezecţia în bloc a parametrelor şi ureterelor.

Faza a IV-a: implantarea ureterelor secţionate în colon.

Faza a V-a: peritonizare-drenaj-închiderea peretelui.

Fiecare fază are mai mulţi timpi operatori executaţi în parte de echipa abdominală, în parte de echipa perineală, ce trebuie să acţioneze în mod coordonat.

Faza I: Crearea unui spaţiu anterior, prin dezlipirea vezicii şi uretrei de simfiza pubiană

Timpi operatori executaţi de echipa abdominală. 1. Laparotomie mediană pubo-ombilicală (prelungită la nevoie în sus).

2. Verificarea operabilităţii. Prezenţa de metastaze în afara bazinului (hepatice, periaortice etc.), invadarea arterelor iliace primitive, externe sau hipogastrice, contraindică operaţia. De asemenea, negăsirea unui plan de clivaj între parametrul infiltrat neoplazic şi peretele pelvian sau constatarea unor uretero- hidronefroze bilaterale contraindică operaţia.

Izolarea abdomenului şi anselor intestinului subţire cu cîmpuri, după înclinarea uşoară a mesei în poziţie Trendelenburg.

3. Anexectomie bilaterală (cu ligatura pediculilor lomboovarieni) şi deschiderea prin manevre de decolare digitală a foiţelor ligamentelor largi.

4. Incizia peritoneului pelvian după o linie ce urmăreşte vasele iliace primitive, arterele iliace externe şi peritoneul domului vezical (la distanţă de simfiza pubiană). Dacă peritoneul nu este infiltrat, se poate coborî linia de incizie spre fundul pelvisului, pentru a menţine cît mai multă stofă peritoneală necesară peritonizării. Secţiunea ligamentelor rotunde (incizia se poate executa mai întîi îa jumătatea dreaptă a pelvisului şi ulterior şi la stîngă).

5. Limfadenectomia iliacă.

6. Ligatura arterelor şi venelor hipogastrice.

7. Dezlipi feţei anterioare a vezicii de simfiză pubiană. Decolarea se face cu uşunnţă fără hemoragie, pina la nivelul îs gamentelor pubo-vezicale, ce sînt secţionate (fig. 723).

8. Secţionarea ureterelor. Se izolează ureterele cu ţesutul vasculo-conjunctiv nutritiv şi se secţionează cît mai jos posibil, la oarecare distanţă de procesul neoplazic (acest timp se poate amîna, din prudenţă, la sfîrşitul fazei a IlI-a).

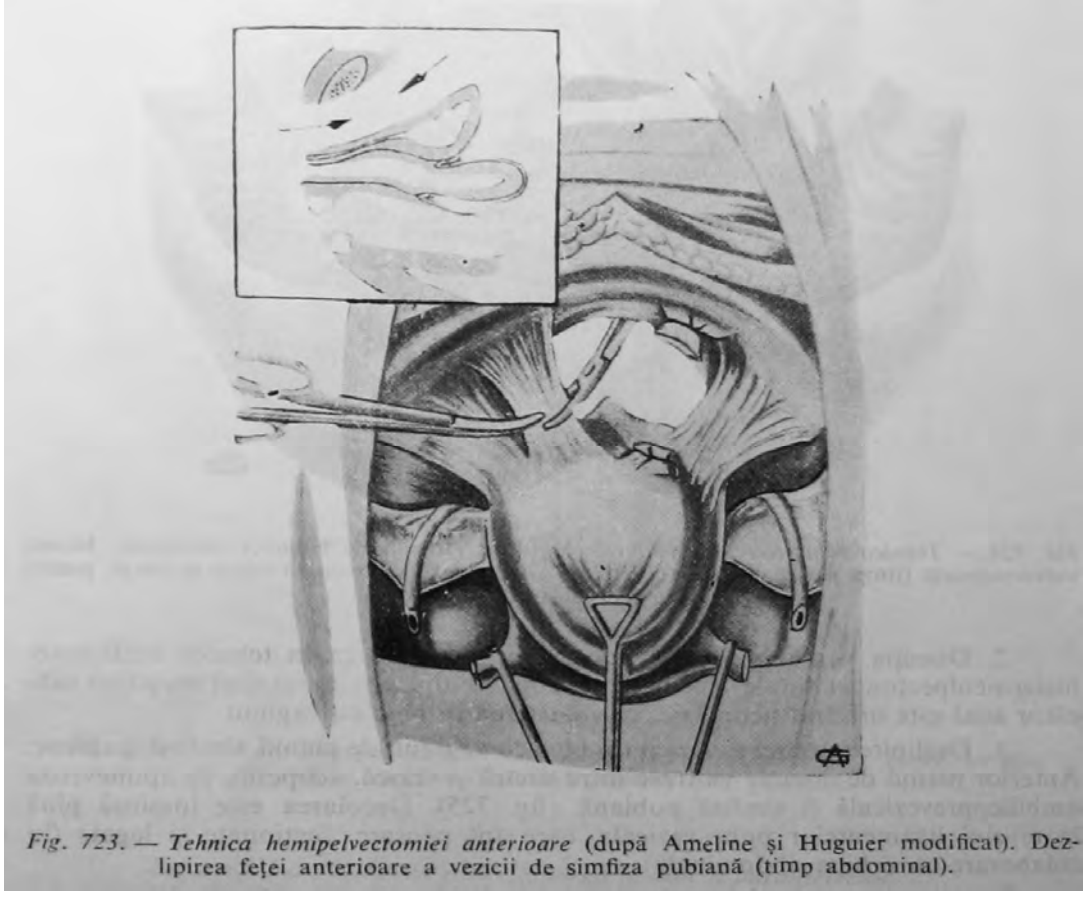


Fig. 723. — Tehnica hemipelvectomiei anterioare (după Ameline şi Huguier modificat). Dezlipirea feţei anterioare a vezicii de simfiza pubiană (timp abdominal).

Brunschwig păstrează o fîşie de peritoneu, ca o clapă de buzunar, în tot lungul ureterului, lată de aproximativ 2 cm. Această clapă peritoneală va fi aplicată ulterior peste locul de implantare în colon a ureterului, fixîndu-se cu cîteva fire la seroasa colică. Astfel se efectuează o peritonizare a plăgii colice. Pentru a evita scurgerea urinii în pelvis, ureterele sînt cateterizate cu două sonde ureterale exteriorizate din abdomen. Unii autori leagă temporar, pentru a evita scurgerea urinii în pelvis, capătul secţionat al ureterelor.

Ambele uretere fiind secţionate, se decolează ascendent în bloc cu peritoneul posterior al pelvisului care le înveleşte şi sînt răsturnate înspre abdomen, pentru a le îndepărta din cîmpul operator (fig. 723).

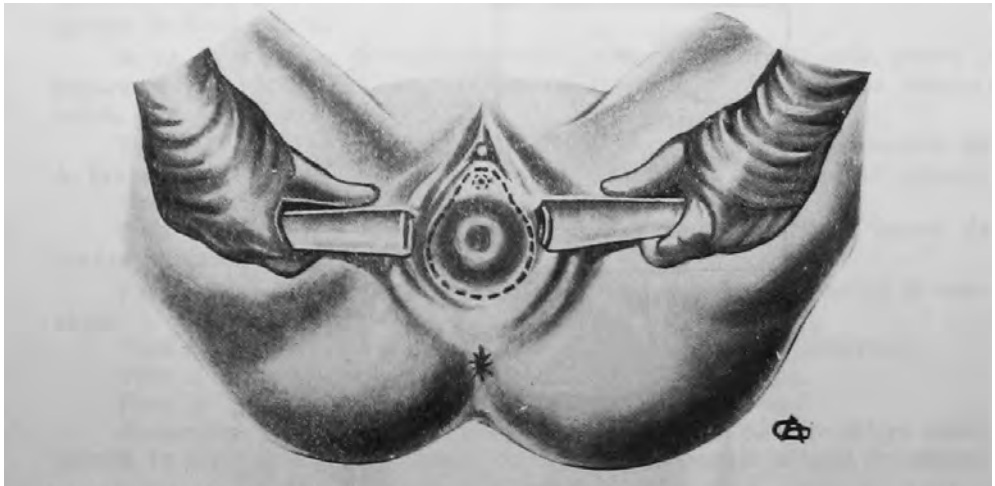


Fig. 724. — Tehnica hemipelvectomiei anterioare (după Ameline şi Huguier modificat). Incizia vulvo-vaginală (timp perineal). Meatul uretral este închis printr-un fir trecut în bursă, pentru a se evita scurgerea urinii în plagă.

Timpi operatori executaţi de echipa perineală. Echipa perineală intră în acţiune mai tîrziu, după ce echipa abdominală a verificat operabilitatea, a terminat limfadenectomia şi a verificat raporturile blocului tumoral cu artera hipogastrică.

1. Se circumscrie perineul anterior (vulva, uretra) printr-o incizie ce trece deasupra meatului urinar (sub clitoris), după dezinfecţia prealabilă a vaginului şi introitului vulvovaginal (fig. 724).

2. Disecţia vaginului se face posterior şi lateral ca în tehnica limfadeno- histero-colpectomiei totale efeciuată în două echipe. In cazul cînd muşchiul ridicător anal este infiltrat neoplazic, se va extirpa în bloc cu vaginul.

3. Dezlipirea uretrei şi vezicii (în bloc cu vaginul) de planul simfizei pubiene. Anterior planul de disecţie va trece între uretră şi vezică, acoperite de aponevroza ombilicoprevezicală şi simfiza pubiană (fig. 725). Decolarea este împinsă pînă la nivelul ligamentelor pubo-vezicale, care sînt pensate, secţionate şi legate (în colaborare cu echipa abdominală).

In acest moment, cele două echipe se întîlnesc prevezical în spaţiul de decolare pubo-vezical, pelvisul fiind invadat de lumina ce vine prin cîmpul perineal (fig. 723).

Faza a II-a: Crearea unui spaţiu posterior prin dezlipirea rectului de uter-vagin

Timpii operatori nu diferă de aceia expuşi în tehnica limfadeno-histero- colpectomiei totale în două echipe.

Cele doua echipe se întîlnesc posterior prin crearea unui spaţiu decolat între blocul vezico-utero-vaginal şi rect (fig. 726).

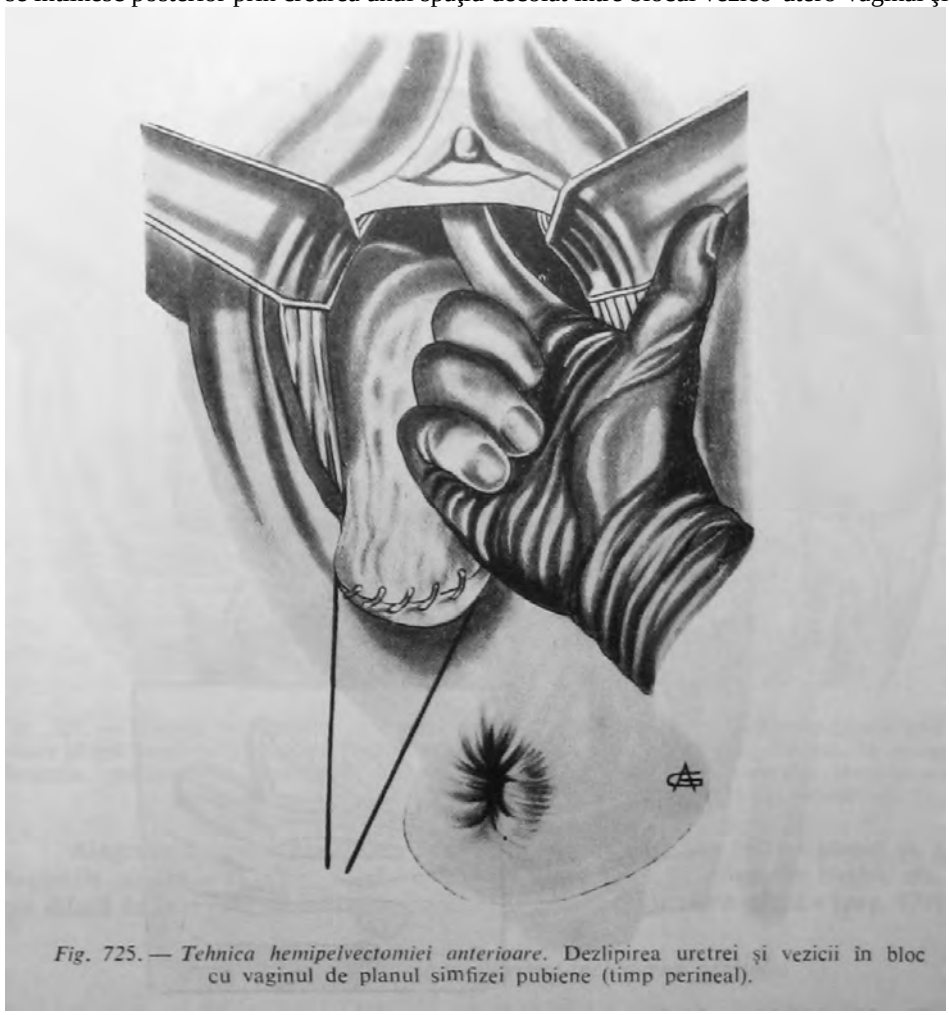


Fig. 725. — Tehnica hemipelvectomiei anterioare. Dezlipirea uretrei şi vezicii în bloc cu vaginul de planul simfizei pubiene (timp perineal).

Faza a III-a : Izolarea şi secţionarea in bloc a parametrelor

In cazul hemipelvectomiei anterioare, parametrele pot fi extirpate bilateral pînă la peretele pelvian, în bloc cu porţiunea anterioară a ureterelor.

1. Ligatura şi secţiunea arterelor uterine şi vezicale superioare, după crearea unui spaţiu de clivaj între blocul tumoral şi peretele pelvian, în lungul arterei hipogastrice. în felul acesta, pediculul subureteral al parametrului este separat de perete.

2. Rezecţia pediculului subureteral. Se face după pensarea pediculului, fiecare din echipe aplicînd cîte o pensă puternică la inserţia pediculului subureteral pe peretele lateral pelvian (fig. 727). Urmează secţionarea şi ligatura pediculului.

3. Urmează izolarea şi secţionarea ligamentelor uterosacrate, care se execută întocmai ca în cursul limfadeno-histero-colpectomiei totale efectuată în două echipe (fig. 728).

Prin colaborarea celor două echipe, piesa operatorie este extirpată şi pelvisul golit în jumătatea sa anterioară.

Fig. 727. — Tehnica hemipelvectomiei anterioare (după Ameline şi Huguier modificat). Rezecţia pediculului subureteral (timpul perineal).

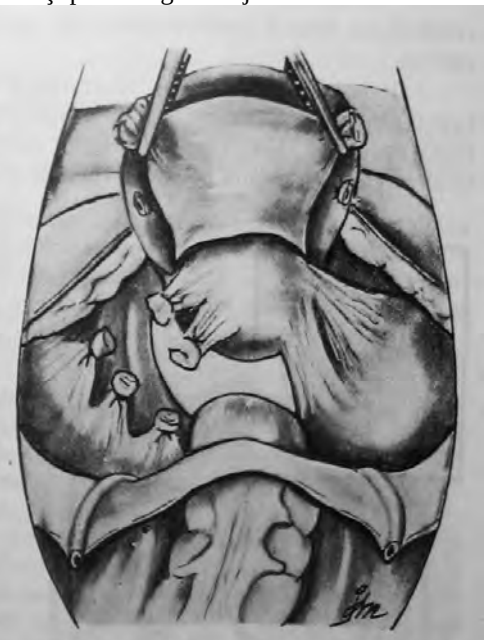


Fig. 728. — Tehnica hemipelvectomiei anterioare. Uterul a fost eliberat în stînga prin secţionarea ligamentului utero-sacrat, pediculului supra- şi subureteral.

Faza a IV-a: Implantarea ureterelor în colon

Modul de implantare uretero-colică are deosebită importanţă pentru prognosticul funcţional al implantării.

Alegerea locului implantării ureterelor în sigmoid sau recto-sigmoid ca şi tehnicile utilizate (Coffey I., Brunschwig) (fig. 729) (Cordonnier-Nesbit etc.) nu diferă de cele prezentate la capitolul: « Implantarea uretero-colică» (pag. 878).

Faza a V-a : Peritonizare-drenaj-închiderea peretelui

Se pulverizează pelvisul cu penicilină şi streptomicină (1 000 000 U.I. penicilină şi 1 g streptomicină), după care se face peritonizarea, putîndu-se utiliza una din tehnicile de mai jos, în funcţie de stofa peritoneală rămasă în pelvis.

Peritonizarea simplă prin sutură cu surjet a foiţei posterioare a peritoneului pelvian şi resturile foiţei anterioare.

Cînd stofa peritoneală locală nu este suficientă, se pot completa lipsurile cu epiploon pediculizat şi coborît în pelvis după tehnica pe care am descris-o (fig. 729).

Cînd peritoneul rămas este prea redus pentru a fi utilizat, se poate recurge Ia :

Peritonizare prin interpoziţia mezocolonului pelvian (suturat la peretele anterior pelvian) ca o diafragmă separatoare între pelvis şi abdomen (metoda Thoma Ionescu).

Peritonizare prin suturarea marginii inferioare a marelui epiploon la marginea liberă a sigmoidului şi la peritoneul parietal posterior, creînd astfel un hamac epiploic ce separă ansele intestinale subţiri de pelvis (Comte-Bottou) (fig. 729 cartuş).

Fig. 729. — Tehnica hemipelvectomiei anterioare. Implantarea ureterelor în colon s-a făcut după tehnica propusă de Brunschwig. Peritonizarea s-a făcut cu epiploon pediculizat după tehnica Chiricuță:

În cartuș: marele epiploon este suturat la rect și peritoneul posterior, separînd complet pelvisul de abdomen (varianta Comte-Bottou). Pelvisul este drenat cu sac Mikulicz exteriorizat perineal.

Drenajul. în caz că peritonizarea a fost corectă, abdomenul se drenează cu tuburi; în caz contrar, cu sac Mikulicz. Drenajului perineal i se va acorda importanţă deosebită. După tipul bolnavei (slabă sau grasă), septicitatea leziunilor şi felul în care a descurs operaţia (hemoragie, limforee), drenajul perineal va fi asigurat prin două tuburi de cauciuc sau se va utiliza sacul Mikulicz exteriorizat perineal (fig. 729 cartuş).

Utilizarea sacului Mikulicz este indicată mai ales cînd spaţiul pelvian rămas după exereză este prea mare; în felul acesta se poate evita angajarea anselor intestinale subţiri în excavaţia pelviană prin desfacerea suturii de peritonizare urmată de instalarea fenomenelor ocluzive. Drenajul Mikulicz va fi suprimat progresiv în 6—10 zile.

îngrijiri postoperatorii. în afară de combaterea şocului şi infecţiei (celulita pelviană şi retroperitoneală), se vor da îngrijiri speciale în ce priveşte derivarea urinilor din rect (pentru detalii vezi capitolul: «Implantarea uretero- colică » — pag. 878).

Tehnica hemipelvectomiei posterioare (operaţia în două echipe)

în practică vom putea asocia colpo- histerectomiei totale o rezecţie a rectului (sfincterul anal fiind conservat), ori de cîte ori procesul neoplazic ce invadează rectul este la distanţă de cel puţin 5 cm de sfincterul anal. Cînd neoplasmul este situat sub această distanţă, sfincterul fiind infiltrat neoplazic macroscopic sau microscopic, se impune practicarea unei amputaţii a rectului. Numai în această ultimă eventualitate se va recurge la operaţia în două echipe. Din 35 hemipel- vectomii posterioare practicate de mine, numai în 5 cazuri a fost necesară operarea în două echipe, practicîndu-se amputaţia rectului. La restul de 20, practicînd rezecţia rectului, hemipelvectomia a putut fi practicată exclusiv pe cale abdominală.

— Pregătirile preoperatorii, anestezia, poziţia bolnavei şi reanimarea intraoperatorie sînt în general comune cu acelea utilizate în intervenţiile mari pelviene, operate în două echipe.

Timpi executaţi de echipa abdominală

1. Laparotomie mediană pubo-ombilicală.

2. *Verificarea operabilităţii* (vezi tehnica hemipelvectomiei anterioare).

Se va face bilanţul intraoperator al extinderii procesului tumoral şi spre rect, explorînd gradul de propagare spre staţiile ga* glionare hemoroidale superioare şi mezenterice inferioare.

3.*Aprecierea posibilităţilor de mobilizare a sigmoidului*, verificînd lungimea ansei colice şi dispoziţia arcadelor vasculare mezosigmoidiene paracolice şi se alege tulpina vasculară hrănitoare a ansei sigmoidiene care va ii coborită endo- sfincterian (în rezecţie) sau derivată la peretele abdominal sub formă de anus (în amputaţie).

4.Anexectomie bilaterală.

5.*Incizia peritoneului mezosigmoidului şi peritonectomia.* Incizia peritoneului începe pe foiţa dreaptă a mezosigmoidului (la nivelul vasului ales ca tulpină nutritivă a ansei coborîte), coboară în jos spre pelvis, ocoleşte lateral uterul, trece apoi prin fundul de sac vezico-uterin, se urcă din nou pe foiţa stîngă a mezosigmoidului (fig. 730).

Deoarece în asemenea situaţii peritoneul fundului de sac recto-uterin este prins neoplazic, se va exciza din peritoneul pelvian, atît cît este necesar, fără a ţine seama de inconvenientele care vor surveni la peritonizare. Important este ca secţiunea foiţelor mezosigmoidului să se facă cît mai posterior, la distanţă de sigmoid; în felul acesta se asigură o protecţie mai eficace a arcadelor vasculare paracolice ale ansei ce va fi coborită endosfincterian (în caz că este indicată rezecţia).

6. *Ligatura şi secţiunea pediculului vascular hemoroidal superior* (la nevoie şi a trunchiului sigmoidian al III-lea şi al II-lea). Efectuînd acest timp la începutul intervenţiei se intercepteză posibilitatea diseminării pe cale vasculară a celulelor neoplazice mobilizate în manevrele operatorii (vezi fig. 730 şi 731).

7. *Evidenţierea ureterelor* parauterin şi limfadenectomia iliacă. Se va avea grijă să fie păstrată adeziunea peritoneului pelvian la uretere, pe cît mai mare distanţă, acestea fiind denudate numai juxtauterin (dacă situaţia o permite).

Urmează limfadenectomia iliacă externă, a fosei obturatoare, hipogastrică şi iliacă primitivă (vezi fig. 730).

8. *Secţiunea arterei uterine şi a pediculului supraureteral.* Artera uterină se leagă aproape de ieşirea din hipogastrică şi se secţionează (artera ombilico-vezicală este conservată). Apoi, împreună cu tot ţesutul conjunctiv-limfatic vecin pediculului supraureteral, se răstoarnă spre uter, ureterul fiind descoperit pînă la intrarea în vezică (vezi fig. 730 şi 731).

Aceşti timpi operatori se execută bilateral.

9. *Decolarea vezico-uterină.* Se execută ca în limfadeno-histero-colpectomia totală. Cînd peretele vaginal anterior este indemn, se poate păstra jumătatea inferioară a lui (protejează vezica urinară şi ajută la refacerea ulterioară a vaginului).

10. *Dezlipirea rectului de sacru* cu extirparea ţesutului celulo-limfoganglionar dintre uretere. Cu un foarfece bont se adună spre mezorect tot ţesutul celulo- limfoganglionar dintre uretere (vezi fig. 730).

Apoi se dezlipeşte faţa posterioară a rectului de concavitatea sacrată cu ajutorul unui tampon montat sau mai bine prin manevre manuale, mergînd în jos pînă la planul ridicătorilor anali, coccisul fiind atins.

în felul acesta se va ridica în bloc rectul cu hilul ganglionar hemoroidal superior (hilul limfatic al rectului) (fig. 731).

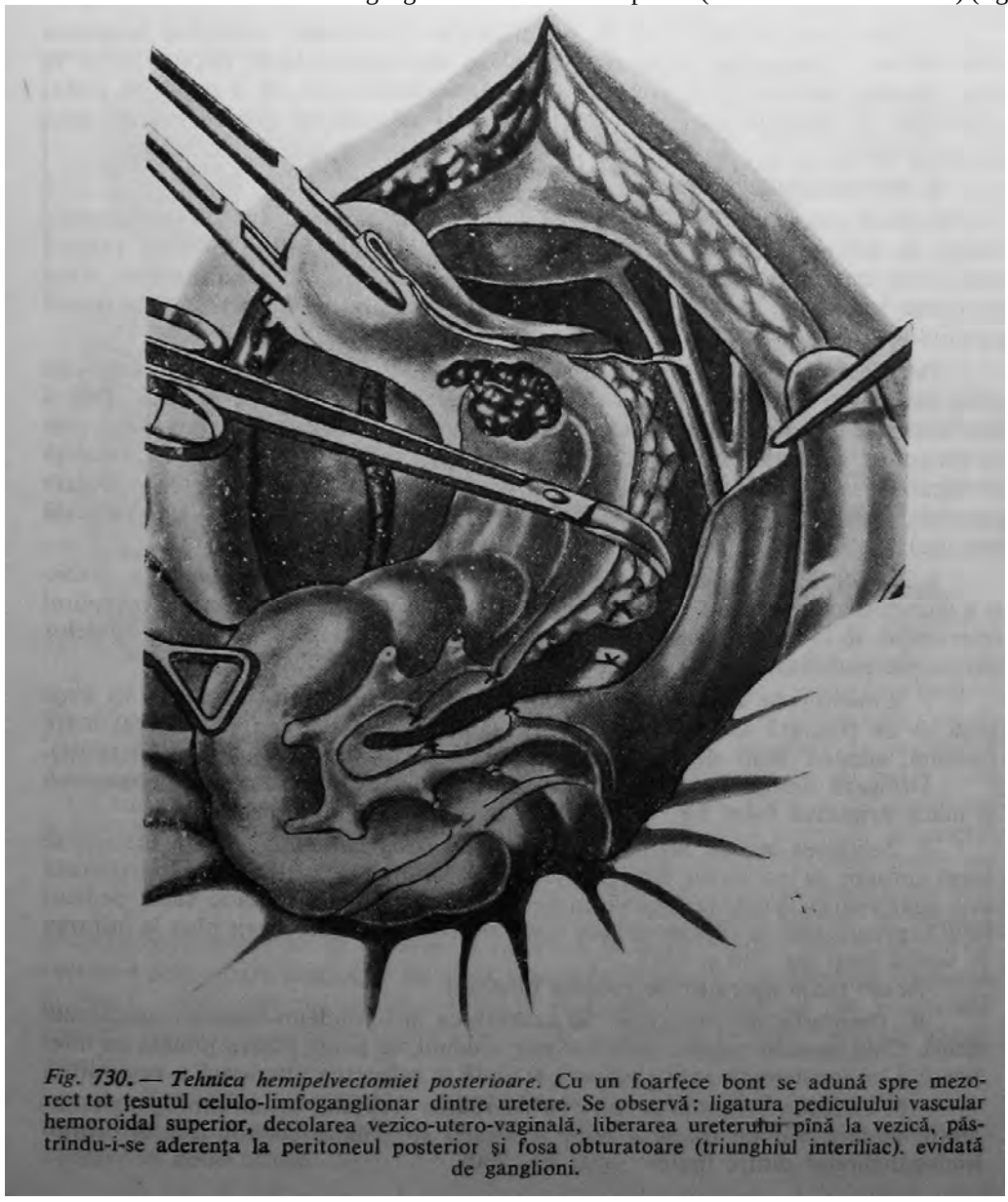


Fig. 730. — Tehnica hemipelvectomiei posterioare. Cu un foarfece bont se adună spre mezorect tot ţesutul celulo-limfoganglionar dintre uretere. Se observă: ligatura pediculului vascular hemoroidal superior, decolarea vezico-utero-vaginală, liberarea ureterului pînă la vezică, păstrîndu-i-se aderenţa la peritoneul posterior şi fosa obturatoare (triunghiul interiliac), evidată de ganglioni.

II. *Liberarea laterală a rectului* prin secţiunea ligamentelor utero-sacrate şi a aripioarelor rectului. Secţiunea ligamentelor utero-sacrate se va face ca în limfadeno-histero-colpectomia totală, avîndu-se grijă să nu se extirpe odată cu ele şi plexul nervos hipogastric inferior, care se află pe faţa externă a bazei lor de inserţie sacrată.

Se leagă şi secţionează aripioarele rectale în mod etajat alternativ, între ligaturi plasate cu ajutorul acului Deschamps, cît mai la distanţă de rect, ajungîn- du-se cu liberarea pînă la planul ridicătorilor anali.

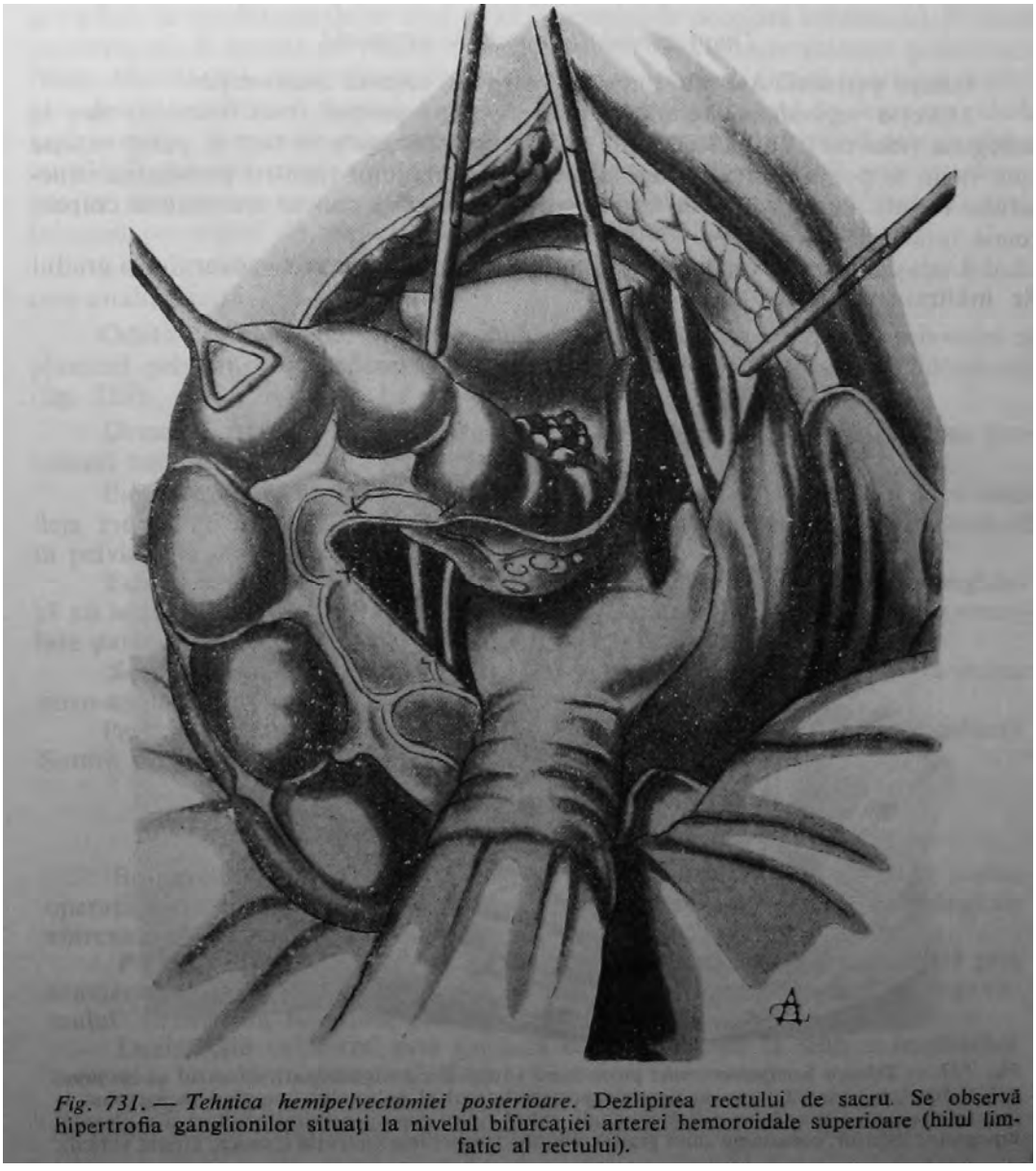


Fig. 731. — Tehnica hemipelvectomiei posterioare. Dezlipirea rectului de sacru. Se observă hipertrofia ganglionilor situaţi la nivelul bifurcaţiei arterei hemoroidale superioare (hilul limfatic al rectului).

Nu se va forţa decolarea ţesutului conjunctiv perirectal ras cu peretele postero-lateral al pelvisului, deoarece există pericolul ruperii nervilor erectori (parasimpaticul pelvian) şi lezării plexului nervos hipogastric inferior. Dacă această lezare este bilaterală, bolnava va avea fenomene de retenţie urinară cronică postoperatorie datorită ruperii căilor nervoase motoare vezicale (fig. 732).

12. *Extirparea pediculului subureteral* se va face după aceeaşi tehnică ca în limfadeno-histero-colpectomia totală lărgită operată în două echipe.

Se va evita rezecţia acestor formaţiuni pînă la peretele pelvian, pentru a se păstra intactă inervaţia vezicii (cel puţin într-o singură parte).

Timpi executaţi de echipa perineală

Echipa perineală are mai puţin de lucru în această intervenţie.

Disecţia vaginului. Vaginul se poate extirpa parţial (mai frecvent) sau în întregime (mai rar). în cancerele de col uterin propagate la rect şi puţin extinse spre vagin se poate păstra partea inferioară a vaginului (pentru protejarea sfinc- terului rectal). în cancerele de vagin extinse la uter şi rect se recomandă colpec- tomia totală.

Linia de incizie a vaginului va diferi deci după topografia cancerului şi gradul de infiltrare vaginală.

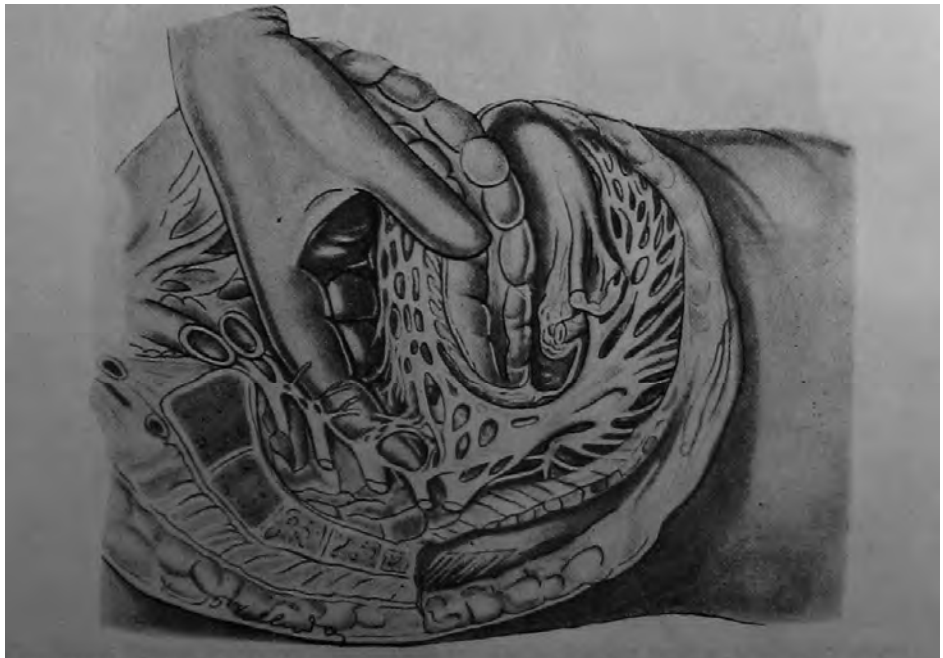


Fig. 732. — Tehnica hemipelvectomiei posterioare (după Bacon modificat), în cazul că se practică o decolare a rectului ras cu peretele postero-lateral al pelvisului, mergînd în jos pînă la inserţia parietală a muşchilor ridicători anali, există riscul ruperii nervilor erectori şi a plexului hipogastric inferior, consecinţa fiind grave tulburări la micţiune (retenţia cronică, atonia vezicii).

în cazul colpectomiei totale echipa perineală va diseca ascendent vaginul, aşteptînd şi colaborînd cu echipa abdominală în anumiţi timpi operatori (de pildă în pensarea şi rezecţia pediculilor subureterali), ca şi în tehnica limfadeno- histero-colpectomiei totale operate în două echipe.

în ce priveşte *extirparea rectului*, echipa perineală va ajuta echipa abdominală după cum urmează:

— în caz că s-a decis rezecţia rectului, se va închide în bursă orificiul anal, începînd apoi disecţia ascendentă a mucoasei canalului anal şi endoanal (tehnica Babcoock-Bacon), inelul muscular sfincterian fiind menajat la maximum (disecţia se va face la nivelul canalului anal strict în spaţiul de decolare submucos). Perineul posterior va fi incizat pe rafeul median (cu sau fără sfincterectomie posterioară Nasta-Mandache), la nevoie putîndu-se rezeca şi coccisul. Odată sfincterul depăşit prin disecţia mucoasei canalului anal, se va pătrunde în planul de deasupra ridicătorilor anali, prin incizarea peretelui muscular al rectului, ajutînd echipa abdominală la rezecţia aripioarelor rectului. Cînd procesul neoplazic este sus situat, pentru menţinerea continenţei reflexe se poate păstra mucoasa canalului anal, folosind procedeul de rezecţie descris de Mandache sau de Chiricuţă;

— în caz că s-a decis amputaţia rectului, se vor rezeca larg muşchii ridicători anali, sacrificînd sfincterul.

Odată rectul şi uterul cu vaginul complet detaşate de pereţii pelvisului şi planşeul pelvian, piesa operatoare este trasă în abdomen de echipa abdominală (fig. 733).

Urmează *rezecţia sigmoidului* între două ligaturi la 6—10 cm deasupra procesului tumoral.

Piesa cu blocul neoplazic complet detaşată este îndepărtată, iar sigmoidul deja mobilizat este coborît la perineu cu ajutorul unei pense clampe introdusă în pelvis prin inelul sfincterului de echipa perineală.

Echipa abdominală ajută la coborîrea ansei colice mobilizată, supraveghind să nu se torsioneze sau să nu fie trasă prea tare (pericol să se rupă arcadele vasculare paracolice) (fig. 733).

Se drenează pelvisul prin fosele ischio-rectale (incizii pararectale) sau incizie retro-anală şi suprapubian cu tuburi de cauciuc.

Peritonizarea nu este obligatorie (se poate recurge la epiploonul pediculizat). Sutura peretelui abdominal.

Tehnica pelvectomiei totale

Bolnavele trebuie să aibă o stare generală bună, pentru a rezista acestei operaţii extrem de şocante. Operaţia va fi practicată numai în centre chirurgicale antrenate în această intervenţie exagerat de lărgită.

Pregătire preoperatorie. Restabilirea atentă şi controlată prin examene de laborator a balanţei proteinice, hidrice, saline şi vitaminice a organismului (transfuzii, hidratare etc.).

Dezinfecţia colonului este similară cu cea descrisă la tehnica implantării ureterelor în colon (operaţia Coffey).

Anestezia. Rahianestezie cu procaină-novocaină, completată la nevoie cu rahianestezie iterativă pe cale anterioară sau anestezie prin intubaţie.

Reanimarea trebuie să se facă de un medic reanimator de la începutul operaţiei. Vor trebui să existe rezerve mari de sînge izogrup şi plasmă (4—5 litri). Perfuzia cu sînge şi soluţii fiziologice tot timpul operaţiei. Reanimarea va fi continuată postoperator în mod susţinut .cel puţin 48 ore.

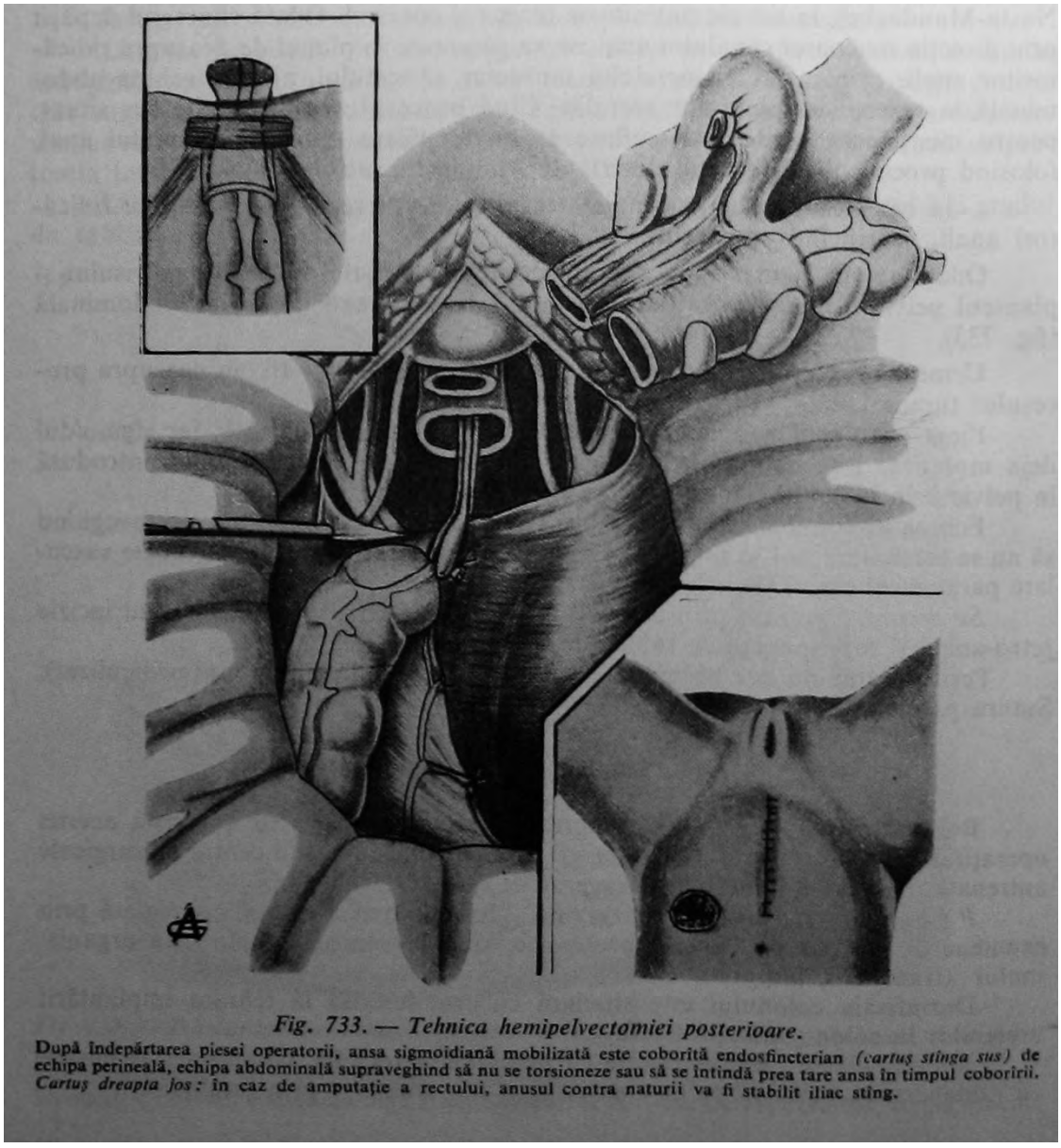


Fig. 733. — Tehnica hemipelvectomiei posterioare.
După îndepărtarea piesei operatorii, ansa sigmoidiană mobilizată este coborîtă endosfincterian *(cartuş stînga sus)* de echipa perineală, echipa abdominală supraveghind să nu se torsioneze sau să se întindă prea tare ansa în timpul coborîrii. *Cartuş dreapta jos:* în caz de amputaţie a rectului, anusul contra naturii va fi stabilit iliac stîng.

Poziţia bolnavei, comună tuturor intervenţiilor largi practicate în două echipe.

Tehnica operatorie pe care am folosit-o trebuie să corespundă următoarelor deziderate:

— execuţia în două echipe operatorii, care să acţioneze abdominal şi perineal (Brunschwig operează într-o singură echipă, în doi timpi operatori — abdominal şi perineal — executaţi în aceeaşi şedinţă operatoare);

— succesiunea timpilor operatori trebuie să fie făcută în aşa fel, încît operaţia să poată fi întreruptă cînd se constată inoperabilitatea (de exemplu, infiltrarea neoplazică a vaselor hipogastrice), fără a crea situaţii ce ar obliga să se continuie intervenţia cu orice preţ înaintea aprecierii operabilităţii (de exemplu, secţiunea colonului sau ureterelor).

Pelveetomia totală este o intervenţie laborioasă ce se poate executa corect cînd procesul neoplazic s-a întins de la col în sens antero-posterior şi mai puţin în sens lateral. Ea devine de nerealizat cînd parametrele infiltrate au înglobat formaţiunile anatomice de pe pereţii laterali ai pelvisului (vasele hipogastrice, nervul sciatic, peretele pelvian).

Pentru aceste motive, operaţia va începe întîi cu decolarea laterală, de partea unde palpăm infiltraţia cea mai masivă a parametrului sau unde există blocul ganglionar cel mai voluminos (verificarea operabilităţii).

Prezentăm două tehnici, diferenţa între ele constînd în amputarea sau păstrarea sfincterului rectal.

Tehnica pelvectomiei totale cu *amputaţia rectului* şi crearea unui anus abdominal definitiv este indicată ori de cîte ori sfincterul anal este prins de procesul neoplazic (cancerul vaginal mai ales, sau ampular rectal inferior extins la uter şi vezică). Această operaţie are dezavantajul că duce la crearea infirmităţii colos- tomiei umede.

Tehnica pelvectomiei totale cu *rezecţia rectului* şi coborîrea ansei sigmoidiene endoanal este indicată ori de cîte ori sfincterul anal nu este invadat neoplazic (de pildă în cancerul colului uterin extins la rect). Această operaţie, cu toate că este mai grea din punct de vedere tehnic, are avantajul că evită infirmitatea colosto- miei umede, neorectul avînd funcţia de contenţie păstrată.

Pelvectomia totală cu amputaţia rectului şi crearea unai anus abdominal (pelvectomia totală cu colostomie umedă)

Faza I : Crearea unui spaţiu anterior prin dezlipirea vezicii şi uretrei de simfiza pubiană

Timpi executaţi de echipa abdominală. Sînt identici cu aceia practicaţi în hemipelvectomia anterioară (fig. 734). Rezecţia în bloc cu masa tumorală a arterelor şi venelor hipogastrice, aşa cum proceda Brunschwig, nu este de recomandat (fig. 735).

Timpi executaţi de echipa perineală. După închiderea orificiului extern vulvo- vaginal prin sutură continuă şi a anusului prin sutură în bursă se incizează eliptic tegumentele, înglobînd orificiul vaginal şi anal, mergînd de la vîrful coccisului pînă sub simfiza pubiană. Disecţia latero-vaginală a ţesutului grăsos se continuă ascendent paravaginal, pînă se ajunge la planul muşchilor ridicători anali, care sînt rezecaţi după gradul lor de infiltrare neoplazică (fig. 736).

Disecţia laterală este oprită cînd s-a ajuns la baza pediculului subureteral, a cărui rezecţie se va face în colaborare cu echipa abdominală, într-un timp operator ulterior.

Disecţia uretrei şi vezicii în bloc cu vaginul, de planul simfizei pubiene, se va executa ca şi în tehnica hemipelvectomiei anterioare.

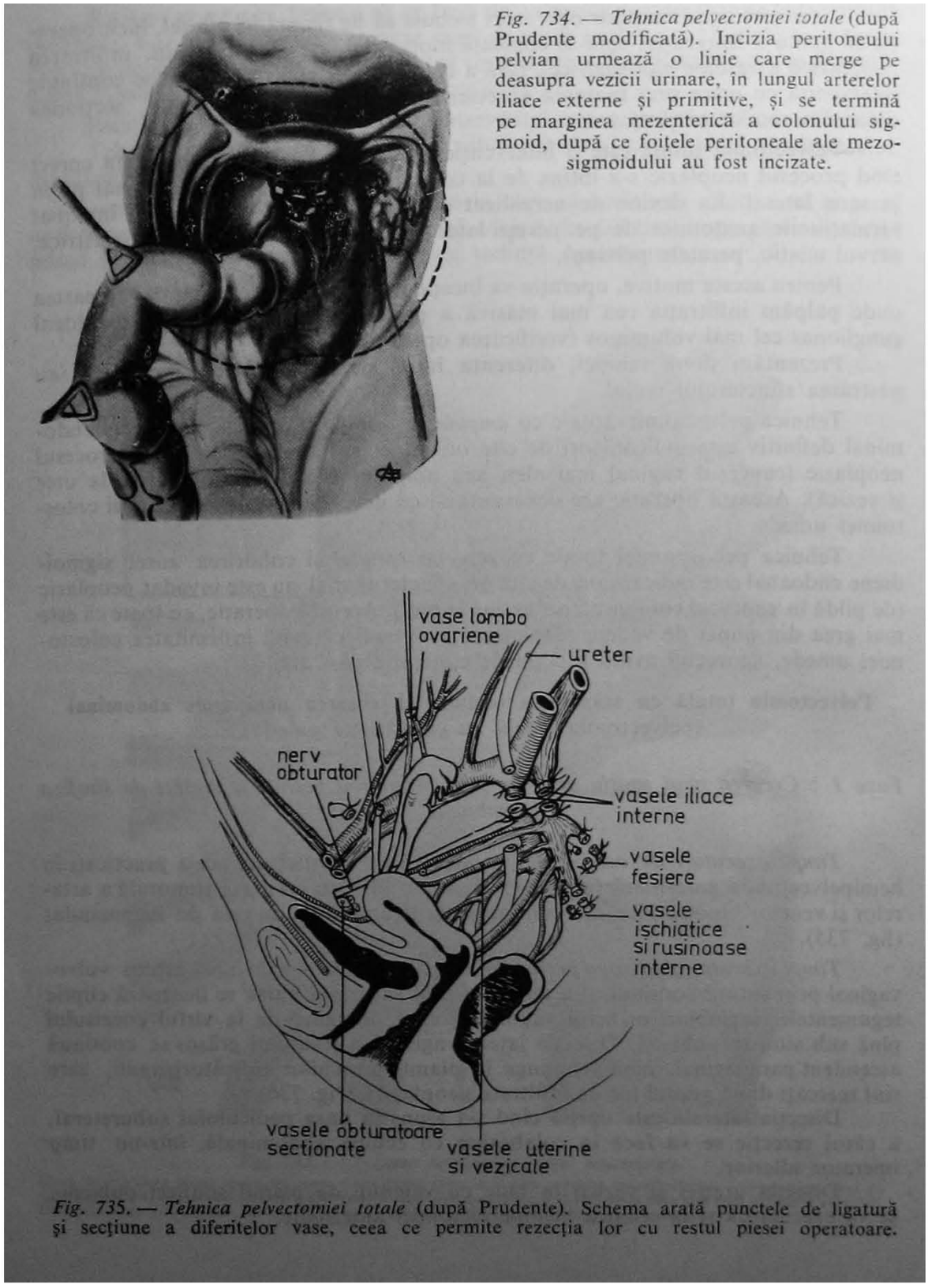


Fig. 734. — Tehnica pelvectomiei totale (după Prudente modificată). Incizia peritoneului pelvian urmează o linie care merge pe deasupra vezicii urinare, în lungul arterelor iliace externe şi primitive, şi se termină pe marginea mezenterică a colonului sigmoid, după ce foiţele peritoneale ale mezosigmoidului au fost incizate.

Fig. 735. — Tehnica pelvectomiei totale (după Prudente). Schema arată punctele de ligatură şi secţiune a diferitelor vase, ceea ce permite rezecţia lor cu restul piesei operatoare.

Faza a II-a: Crearea unui spaţiu posterior prin dezlipirea rectului de sacru

Timpii operatori nu diferă de aceia expuşi la hemipelvectomia posterioară.

Faza a III-a : Izolarea şi secţionarea în bloc a parametrelor şi aripioarelor rectului; secţionarea ureterelor

După secţionarea parametrelor urmează secţionarea aripioarelor latero- rectale. Este timpul cel mai indicat pentru a fi executat în două echipe (vezi tehnica hemipelvectomiei anterioare şi posterioare).

Faza a IV-a: Secţiunea colonului şi implantarea ureterelor în colon

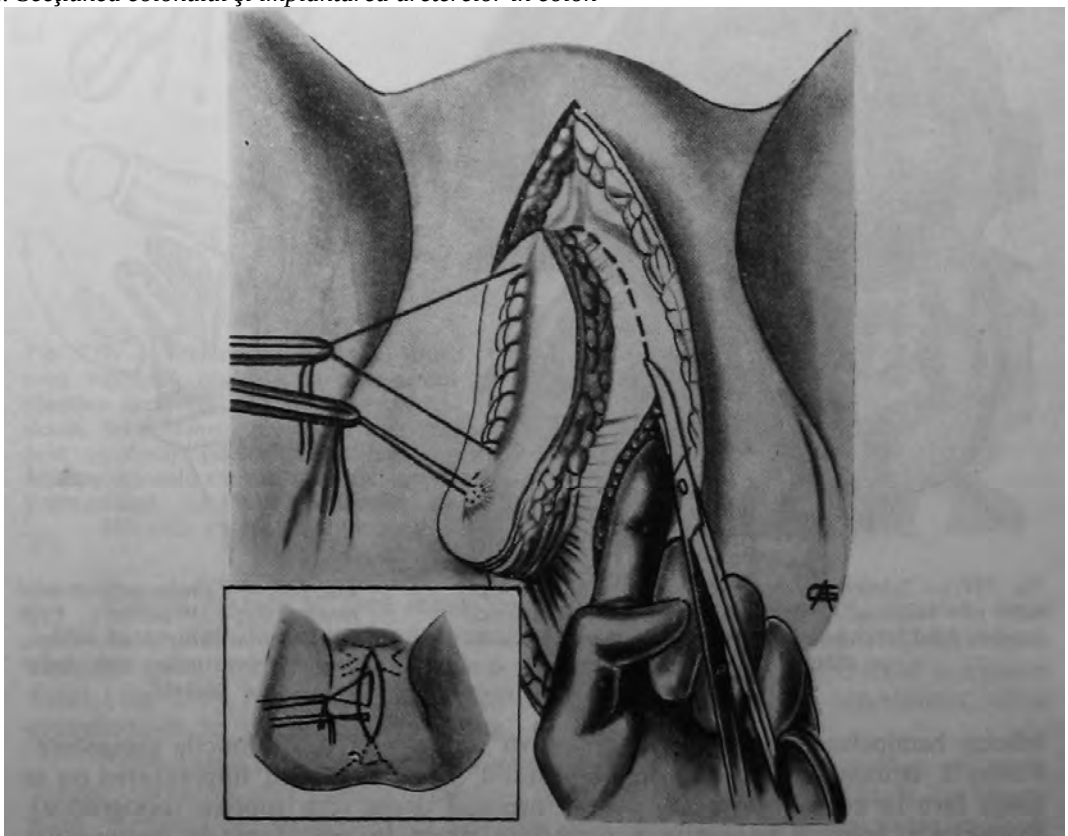


Fig. 736. — Tehnica pelvectomiei totale (cu amputaţia rectului). Disecţia laterovulvară şi paraanală a ţesutului celular este continuată pînă la planul muşchilor ridicători anali, care sînt rezecaţi. *În cartuş :* orificiile vulvar şi anal sînt închise prin suturi strînse (surjet sau bursă). Incizia le ocoleşte, mergînd de la simfiza pubiană la coccis.

Colonul sigmoid este secţionat la aproximativ 10 cm deasupra blocului tumoral (zonă de securitate supratumorală), între două ligaturi, extremităţile fiind înfundate în bursă (fig. 737).

Prin colaborarea echipelor, piesa operatorie ce cuprinde vezica, cu porţiunea intraparametrială a ureterelor, uterul, vaginul şi rectul, împreună cu parametrele este complet detaşată de pereţii pelvisului şi eliminată (fig. 738).

Implantarea ureterelor în colonul exteriorizat la perete reprezintă timpul operator cel mai important pentru prognosticul funcţional al bolnavei, trebuind să se execute cu toată atenţia după normele prezentate la capitolul respectiv în tehnica hemipelvectomiei anterioare; se va utiliza una din tehnicile cunoscute: Coffey I, Brunschwig sau Cordonnier-Nesbit (fig. 739). Cînd implantarea nu se poate face în colonul sigmoid, pentru ureterul drept (din motive topografice), Brunschwig practică implantarea ureterului drept în cec. Este de recomandat să se evite un asemenea mod de implantare (rezorbţia colică a urinii).

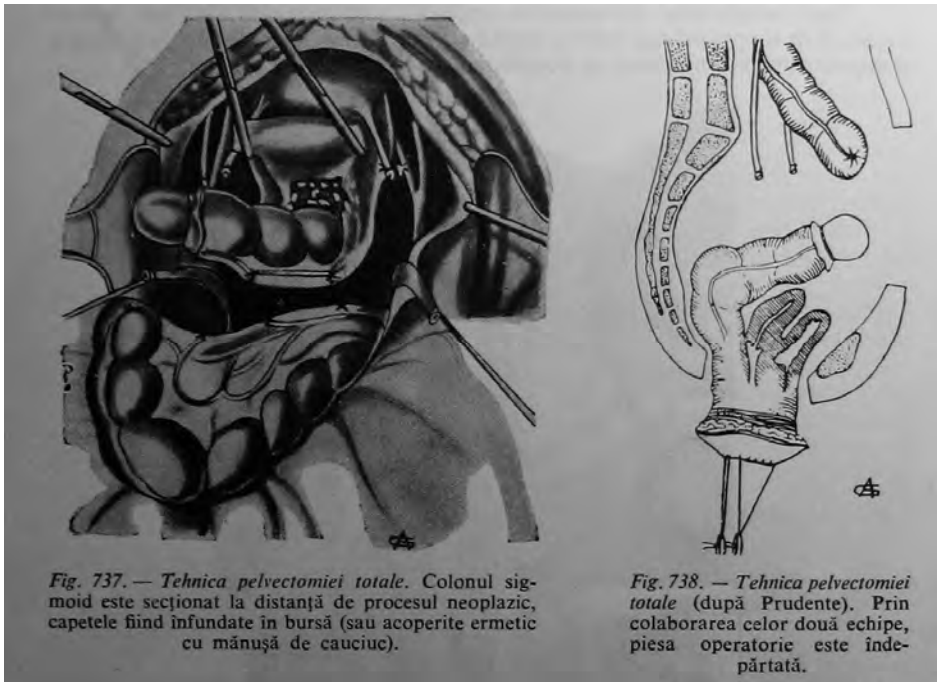


Fig. 737. — Tehnica pelvectomiei totale. Colonul sigmoid este secţionat la distanţă de procesul neoplazic, capetele fiind înfundate în bursă (sau acoperite ermetic cu mănuşă de cauciuc).

Fig. 738. — Tehnica pelvectomiei totale (după Prudente). Prin colaborarea celor două echipe, piesa operatorie este îndepărtată.

Faza a V-a: Stabilirea anusului contra naturii. Peritonizare. Drenaj — închiderea peretelui

Stabilirea colostomiei. Brunschwig practică colostomia în partea inferioară a inciziei mediane subombilicale, prin exteriorizarea ansei colice Ia acest nivel. Acest mod de stabilire a colostomiei prezintă pericolul dezunirii plăgii udată de urini şi fecale. Pentru acest motiv, unii autori practică un anus lateral (Comte- Bottou). Personal, prefer anusul lateral stîng.

Peritonizarea şi drenajul ridică probleme comune cu hemipelvectomia anterioară.

Varianta Comte-Bottou. Aceşti autori au preconizat o variantă operatorie care îşi propune să combată infecţia urinară ascendentă prin crearea unei neo- vezici, rezultată din excluderea unei porţiuni a colonului sigmoid şi evitarea colos- tomiei pe incizia de laparotomie.

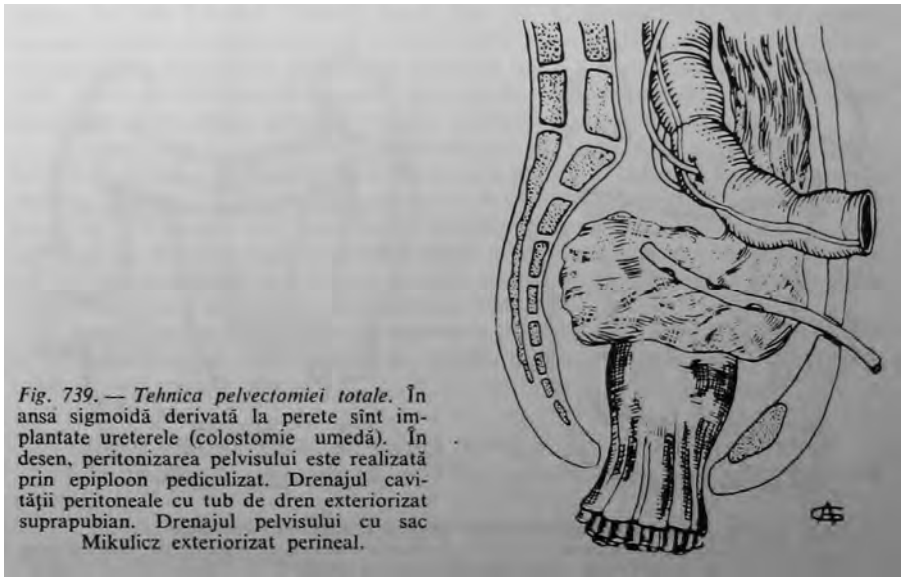


Fig. 739. — Tehnica pelvectomiei totale. În ansa sigmoidă derivată la perete sînt implantate ureterele (colostomie umedă). În desen, peritonizarea pelvisului este realizată prin epiploon pediculizat. Drenajul cavităţii peritoneale cu tub de dren exteriorizat suprapubian. Drenajul pelvisului cu sac Mikulicz exteriorizat perineal.

Autorii preferă să facă iniţial un anus temporar iliac drept; ulterior, după 2 luni, prin stabilirea unui nou anus iliac stîng, «în ţeavă de puşcă» şi închiderea anusului prim drept, se realizează o neovezică din porţiunea exclusă a sigmoidului (fig. 740). Neovezica astfel realizată este continentă în ortostatism, urina evacuîndu-se în decubit lateral stîng.

Pelvectomia totală cu rezecţia rectului şi coborîrea ansei sigmoidiene endoanal. Timpii operatori sînt oarecum similari cu aceia ai pelvectomiei totale, cu amputaţia rectului, cu deosebirea că echipele operatorii extirpă numai vulva-vaginul- uterul, vezica şi uretra, rectul şi sfincterul rectal fiind păstrate.

Pentru păstrarea sfincterului, echipa perineală va executa, în afară de incizia ce circumscrie vulva, şi o perineotomie posterioară necesară decolării recto- sacrate (se poate păstra pătrimea inferioară a vaginului, protecţia sfincterului rectal fiind mai sigură).

Ansa sigmoidiană va trebui să fie mobilizată ca în rezecţia obişnuită a rectului, pentru a putea fi coborîtă fără tensiune la perineu, endoanal, timp după care urmează implantarea ureterelor în ea. In caz că bolnava nu rezistă acestei operaţii laborioase şi şocante, se va renunţa la coborîrea sigmoidului, acesta fiind derivat la peretele abdominal (colostomie iliacă).

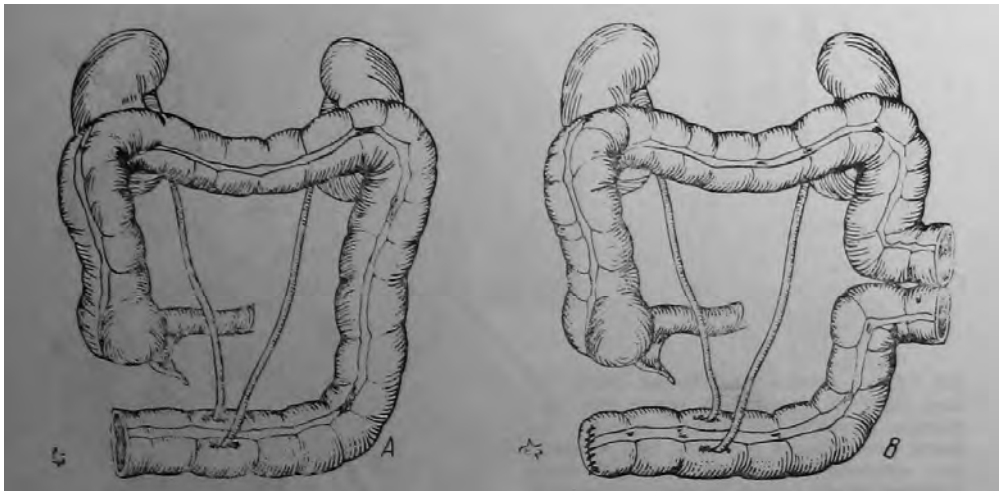


Fig. 740. — Tehnica pelvectomiei totale (varianta Comte-Bottou):
A — Anus temporar iliac drept; *B* — Realizarea unei neovezici urinare prin crearea unui nou anus iliac stîng «în țeavă de pușcă» și închiderea vechiului anus iliac drept.

îngrijiri postoperatorii. Reanimarea postoperatorie. Operaţia fiind foarte şocantă, mai ales prin pierderile mari de sînge intraoperator şi existînd posibilitatea unor hemoragii postcperatoare, se va acorda o deosebită atenţie combaterii şocului prin reechilibrarea masei sanguine. Cu toată reanimarea corect executată, mortalitatea imediat postoperatoare (în prima lună) variază între 16—27% (Brunschwig, Comte-Bottou).

— Aspiraţia gastrică continuă timp de 72—96 ore postoperator.

— Aspiraţia continuă a urinii prin colostomie este indicată în primele 2—3 săptămîni. De multe ori bolnava nu urinează 2—3 zile, existînd o inhibiţie renală.

Ulterior se vor acorda aceleaşi îngrijiri ca la hemipelvectomia anterioară.

Problemele stere o-u r i nare ale p el v e c t o m i z aţ il o r . Colos- tomia umedă sau anusul sterco-urinar rămîne o gravă infirmitate a acestor operaţii. Problema a fost parţial rezolvată prin utilizarea unei proteze special construite, prevăzute cu un dispozitiv de a crea vid în inelul protezei ce se aplică pe pielea din jurul anusului (Rutzen). Proteza este prevăzută cu un orificiu în punctul decliv al sacului de cauciuc, prin care conţinutul este evacuat, fără a fi tulburată adeziunea la piele.

— Infecţia urinară. Complicaţiile septice urinare survin în aproximativ 50 % din cazuri şi ţin mai cu seamă de implantarea defectuoasă a ureterelor în colon.

— Crearea unei neovezici din colonul sigmoid formează o soluţie interesantă a acestei probleme (Comte-Bottou).

B Sindromul de hipercloremie-acidoză. Apare cam după 2—4 luni de la operaţie, fiind favorizat de leziuni ale parenchimului renal.

Concluzii asupra exenteraţiilor pelviene. Pelvec- tomiile (totale şi anterioare) reprezintă o chirurgie a disperării; mai puţin cele posterioare.

Brunschwig a fost acela care a perfecţionat tehnica şi a concretizat indicaţiile pe cele 756 cazuri operate de el.

Foarte mulţi ginecologi le condamnă sau le ignoră. Personal, am efectuat 35 hemipelvectomii posterioare, 6 hemipelvectomii anterioare şi 2 pelvectomii totale. Nu am adoptat integral concepţiile lui A. Brunschwig, nu din motive tehnice (fiindcă pelvectomiile au tehnici foarte precis reglate), ci din motive deontologice; nu am dorit să prelungesc suferinţa fizică a acestor canceroase cu suferinţa psihică a unor mutilări, uneori inumane (colostomia umedă). Cu toate aceste explicaţii, exenteraţiile pelviene nu pot fi ignorate total de ginecologi.

Brunschwig a obţinut 20% supravieţuiri la 5 ani. Este o cifră de reţinut. Sîntem de aceeaşi părere cu H. Robert, care punînd în balanţă rezultatele marii chirurgii anticanceroase: 5 % supravieţuiri în cancerele esofagiene operate, 5 % în cancerele pulmonare sau pancreatice operate, 10% în cancerele vezicale şi 12% în cancerele gastrice supuse gastrectomiei, trebuie să admitem că pelvectomiile cu 20% supravieţuiri la 5 ani reprezintă uneori unica alternativă pentru unele forme clinice ale cancerelor ginecologice avansate.

Brunschwig atrage atenţia asupra unor precauţii pe care chirurgul trebuie să le ia înainte de a tenta asemenea operaţii gigante, respectîndu-se strict indicaţiile şi contraindicaţiile.

Indicaţii :

— cancerele de col uterin stadiul III vagin;

— cancerele de col uterin stadiul IV (cu invazie numai a vezicii urinare sau a rectului);

— unele recidive pelviene survenite după histerectomii totale şi care se dovedesc a fi radiorezistente;

— cancerul vaginal;

—cancerul rectal extins la uter şi vagin.

Contraindicaţii :

— cancerele de col extinse, care au invadat ganglionii iliaci şi aortici;

— cancerele de col extinse ce realizează «pelvisul îngheţat», unde nu există un plan de clivaj între masa tumorală şi pereţii laterali ai pelvisului. Pentru cazurile canceroase cu « pelvis îngheţat» un autor american (Kennedy) a propus nici mai mult, nici mai puţin, decît secţionarea corpului în două: în aşa-numita « hemicorporectomie transversală»; secţiunea corpului se face la nivelul sacrului (sub sacul durai) după ligatura aortei şi cavei la extremitatea lor inferioară. Se îndepărtează pelvisul osos şi conţinutul pelvian cancerizat în întregime în bloc cu membrele inferioare. Musculatura abdominală dezinserată de pe pubis se

suturează la musculatura lombară. Se practică o derivaţie a ureterelor secţionate într-o ansă ileală exclusă (operaţia Bricker), iar colonul este derivat la piele (anus iliac stîng).

Kennedy a operat mai multe cazuri, din care cîteva au supravieţuit peste un an. Trunchiul pacientei va fi montat pe un cărucior. Această operaţie a fost aspru criticată pentru cinismul ei şi chirurgii europeni nu au practicat-o niciodată, consi- derînd-o drept o chirurgie disperată, producătoare de monştri, o chirurgie inumană;

— cancerele de col care prin invazia parametrială au dus la compresiunea bilaterală a ureterelor, cu uretero-hidronefroză bilaterală şi insuficienţă renală cronică;

— prinderea neoplazică a nervului sciatic (uni- sau bilaterală);

— existenţa unor metastaze extrapelviene;

— cazurile de cancer cu o stare de caşexie evidentă;

— canceroasele cu psihicul labil, care sigur nu se vor putea acomoda la mutilările impuse de asemenea operaţii.

Nu se vor executa asemenea operaţii fără asentimentul bolnavelor, cărora, aşa cum ne sfătuieşte A. Brunschwig, «trebuie să li se explice, în termeni generali, fără a se insista asupra detaliilor, natura operaţiei».

Pregătirile preoperatorii şi îngrijirile intra- şi post-operatorii cer mari cantităţi de sînge izogrup pentru transfuziile repetate necesare acestor bolnave (numai pentru reanimarea intraoperatorie Brunschwig folosea 3—4 litri de sînge).

Rezultatele pelvectomiilor. Mortalitatea operatorie. Pe 756 exenteraţii Brunschwig a avut o mortalitate în primele 30 zile postoperator de 16 % (16 bolnave au decedat pe masa de operaţie). Cauzele de mortalitate au fost: şocul operator, peritonita, uremia, complicaţii septice pulmonare şi hemoragiile secundare.

Supravieţuirea la 5 ani a fost de 20 % (116 paciente). Din aceste bolnave au sucombat între 5 şi 15 ani 33 cazuri (uremie — 9 cazuri, recidive canceroase — 7 cazuri, cancere nou-apărute — 3 cazuri) şi 14 cazuri au sucombat cu alte afecţiuni necanceroase.

Infecţiile urinare apar frecvent şi se repetă, necesitînd o vigilenţă specială. Majoritatea acestor infecţii au fost consecinţa unor implantări deficitare ale ureterelor (stenoze) în colon sau intestinul subţire (în cazul neovezicii Bricker), fapt ce a determinat pe Brunschwig să reopereze, practicînd o nouă reimplantare a ureterelor.

Cu tot optimismul lui Brunschwig, exenteraţiile pelviene rămîn operaţii eroice, de excepţie, reprezentînd calvarul chirurgiei oncologice. Pentru aceste motive, chirurgul va tenta efectuarea lor numai în acele cazuri, unde speră eradicarea cancerului; în nici un caz nu se vor tenta asemenea operaţii în acele cazuri unde se apreciază ca sigură evoluţia cancerului.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ŞI LOCUL CHIRURGIEI ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI DE CORP UTERIN

NOŢIUNI DE PATOLOGIE NECESARE INDICAŢIEI TERAPEUTICE

în ultimele decenii conduita terapeutică în cancerul de corp uterin (adeno- carcinomul de endometru) s-a schimbat radical.

Altădată se considera că numai operaţia radicală (histerectomia totală) este unicul tratament. Se respingea radioterapia clasică, de 250 kV pentru motivul că adenocarcinomul de endometru este radiorezistent. Astăzi, tratamentul chirurgical îşi păstrează importanţa pe care a avut-o şi în trecut. Radioterapia modernă: radiumaplicaţia intrauterină şi radioterapia cu înalte energii (cobaltoterapia, acceleratorul linear) s-au dovedit foarte eficiente în distrugerea tumorii, încît utilizarea radioterapiei a devenit indispensabilă pentru tratarea cazurilor avansate sau al recidivelor.

în ultimii ani s-a dovedit de asemenea că hormonoterapia cu doze foarte mari de progesteron deschide mari posibilităţi de frenare a creşterii tumorii primare ca şi a metastazelor, încît tratamentul hormonal devine indispensabil.

Astăzi se poate vorbi de o adevărată strategie a ordinii aplicării acestor

metode, strategie care face obiectul capitolului de faţă.

*

Interesul pentru adenocarcinomul de endometru a crescut în ultimele decade deoarece frecvenţa bolii este în creştere. în trecut, raportul între numărul de cancere ale colului uterin şi numărul de cancere de endometru era de 9 la 1; în prezent, raportul este de 3 la 1 (Priscilla Barnes, 1972) (fig. 741)

în Orient (lumea arabă, India), cancerul de corp este mai frecvent ca în Europa şi SUA (situaţie inversată faţă de frecvenţa cancerului de sîn). în SUA, incidenţa cancerului de endometru este de 16,2 $^{0}/_{0000}$ (Wynder, 1966). Ultimele I statistici arată că este a doua tumoare malignă a femeii (Clarysse, K-- Math6—1976).

Dintre factorii favorizanţi * sînt de reţinut aceia care contribuie la anularea indicaţiei de operabilitate:

1. *Vîrsta :* Hertig (citat de Wynder) a găsit vîrsta medie pe 500 cazuri de 57,2%, iar Davis, pe 525 cazuri, a ajuns la concluzii similare (56,9 ani).

Alţi autori dau vîrsta medie peste 60 ani. Nitzsche şi Stritzal (1977) pe 265 cazuri au găsit vîrsta medie de 67,3 ani. Multe bolnave au fost peste 70 ani (bolnave între 40—49 ani 2%; 50—59 ani 17%; 60—69 ani 43%; 70—79 ani 35%; peste 80 ani 3%).

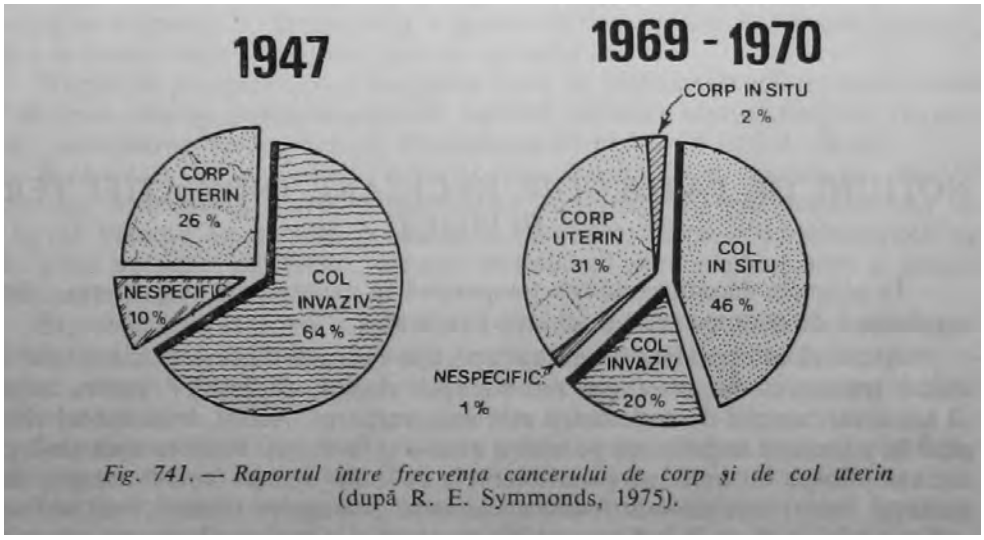


Fig. 741. — Raportul între frecvenţa cancerului de corp şi de col uterin (după R. E. Symmonds, 1975).

Repartiţia structurilor histopatologice a fost pe acest lot: 95% adeno- carcinoame; 1,1% adenocancroide; 0,7% caracinosarcoame; 1,8% sarcoame şi 1,4% epitelioame.

Este deci o boală întîlnită la femeile în vîrstă, în timpul şi mai frecvent după menopauză.

2. *Obezitatea* este deseori semnalată. Kottmeier (citat de Wynder) constată că 30% din paciente aveau peste 90 kg.

3. *Diabetul* este destul de frecvent asociat (17%), iar la 9—64% dintre paciente s-au constatat anomalii în testul de toleranţă la glucoză.

4. *Hipertensiunea arterială* este constatată la 1/3—3/4 din paciente.

Pentru chirurg este necesară cunoaşterea acestui teren * care sigur contribuie

la o evoluţie mai grea postoperatorie a pacientelor şi deschide poarta unor posibile complicaţii.

Diagnosticul trebuie fixat cu certitudine **; este absolut necesar să cunoaştem şi extensia procesului tumoral, atît la suprafaţa endometrului, cît şi în profunzimea miometrului, după cum trebuie să cunoaştem dacă procesul malign a coborît pînă la col. De culegerea acestor date depinde alegerea metodei de tratament. Să nu se piardă din vedere că *examenul citologic al secreţiei endo-uterine* trebuie efectuat chiar din secreţia recoltată direct din uter (aspiraţie, introducerea unor sonde filiforme prevăzute cu periuţe, care prin grataj recoltează celulele). Cu toate acestea, există cca 7,3% frotiuri fals-negative în adenocarcinoamele de endometru (Verhaeghe M., 1973).

Histerometria arată de obicei o cavitate de peste 8 cm lungime, dar chiar sub 8 cm, uterul poate avea un cancer de endometru incipient.

Histerografia trebuie practicată sistematic; nu se va utiliza lipiodolul extra- fluid, deoarece acesta poate reflua prin lumenul trompelor în cavitatea pelviană, antrenînd fragmente mici tumorale, determinînd însămînţarea peritoneului şi epiploonului sau, în cel mai bun caz, numai însămînţarea ovarelor. Se va utiliza lipiodolul obişnuit, care fiind mai dens nu va pătrunde în trompe cu uşurinţă. Histerografia ne poate indica nu numai întinderea în suprafaţă a cancerului, ci şi în profunzimea miometrului, dacă interesează numai fundul uterusului sau interesează întreaga cavitate şi coboară şi în endocervix. Fiecare din aceaste situaţii va avea altă indicaţie terapeutică.

Unii (Verhaeghe, 1973) asociază histerografiei şi pelvigrafia gazoasă, examen complex care poate decela cu o oarecare precizie profunzimea invaziei miometrului, ca şi existenţa unor tumori ovariene asociate (metastaze în ovare?).

Biopsia prin chiuretaj reprezintă investigaţia căreia trebuie să i se acorde o atenţie deosebită. Se va chiureta în mod separat mai întîi endocervixul şi apoi cavitatea uterină (cu instrumente separate), examinîndu-se microscopic în mod separat fiecare material. O atenţie deosebită se va acorda chiuretării coarnelor (colţurilor) şi fundului uterului.

Există adenocarcinoame mici, limitate strict la mucoasă (adenocarcinomul «in situ») care se vindecă după un simplu chiuretaj. La un control prin chiuretaj efectuat după cîteva luni, sau pe piesa de histerectomie nu se mai găsesc semne de cancer. Asemenea cazuri sînt rar întîlnite în practică.

Chiuretarea poate oferi semne asupra moliciunii sau durităţii uterului şi formei anatomo-patologice macroscopice care confirmă datele histerografiei (cancere exofizice, crateriforme sau infiltrative).

Limfografia poate da date asupra invaziei ganglionilor inghinali şi foselor obturatoare şi lomboaortici.

în cazurile avansate, este obligatorie urografia (ne arată starea ureterelor), cromocistoscopia (ne poate arăta invazia vezicii), rectoscopia şi irigografia cu dublu contrast (bariu-aer).

Examenul histopatologic va menţiona şi gradul de diferenţiere a celulelor adenocarcinomului ($G_{1\%}$ G_2, G_3), deoarece formele anaplastice (Gg) (nediferenţiate) au o evoluţie rapidă în comparaţie cu cele diferenţiate (GJ, care pot evolua mult în timp*. Rareori, putem avea surpriza depistării unui sarcom de corp uterin. Reamintim că în afară de tuşeul vaginal, este obligatoriu şi tuşeul rectal, pentru aprecierea gradului de infiltrare a parametrelor şi a supleţei pereţilor rectali.

Radiografia pulmonară este obligatorie, ca şi investigarea ficatului (posibila existenţă a metastazelor). Inventarierea clinică şi paraclinică făcută metodic ne duce inevitabil la aprecierea stadiului clinic în care se află boala şi încadrarea cazului în sistemul TNM sau FIGO.

Trebuie menţionat faptul că datorită simptomelor clinice (sîngerări, scurgeri) şi evoluţiei lente a bolii, afecţiunea depistată în 75% din cazuri, în faze operabile, ea fiind limitată la corp. Fără o pronunţată interesare a miometrului şi datorită tratamentelor moderne, supravieţuirea la 5 ani a cazurilor tratate este posibilă în 80% (Clarysse, Kenis, Mathe— 1976).

Prognosticul devine grav cînd survine o diseminare extrauterină.

CLASIFICAREA TNM SI FIGO A ADENOCARCINOMULUI DE CORP UTERIN ÎN REDACTAREA RECENTĂ A UICC

(după UICC—TNM. Clasification of malignant tumours—Ediţia 3-a Geneva, 1978, p. 91—93)

CORPUL UTERIN (ICD-O 182) Clasificat 1972, Confirmat 1978 (Recunoscut de CNC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)**

Definiţiile categoriilor T corespund stadiilor respective acceptate de FIGO, în caz că tumoarea primară este singura manifestare a bolii. Ambele sînt menţionate pentru comparaţie.

Reguli de clasificare. Este obligatorie verificarea histologică a bolii. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat.

Datorită importanţei formei histologice trebuie înregistrat gradul de diferenţiere.

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe examinarea materialului obţinut prin chiuretajul fracţionat.

Condiţiile necesare minime pentru evaluarea categoriilor T, N şi M sînt următoarele:

Categoriile T: examinarea clinică, cistoscopie şi radiografie, inclusiv urografie.

Categoriile N: examinarea clinică şi radiografie, inclusiv urografie.

Categoriile M: examinarea clinică şi radiografie.

Dacă acestea nu pot fi întrunite, vor fi utilizate simbolurile TX, NX şi MX.

Localizări anatomice

Corpul uterin COD 182.0

Istmul uterin COD 182.1

Ganglionii limfatici regionali

Ganglionii limfatici regionali sînt: ganglionii hipogastrici (obturatori), iliaci externi, iliaci comuni, presacraţi şi paraaortici.

Clasificarea clinică preterapeutică TNM

Categoriile UIC	Stadiile FIGO	
C		
[illegible]	O	Carcinomul preinvaziv (carcinomul in situ)
Is		
[illegible]	—	Tumoarea primară neevidenţiabilă
0		
[illegible]	I	Carcinom limitat la corp
\		
Ti a	Ia	Cavitatea uterină de 8 cm sau mai puţin în diametrul său maxim
	Ib	Cavitatea uterină mai mare de 8 cm în diame trul său maxim
		OBS.: Stadiul I FIGO este în continuare divizat după gradul histologic.
[illegible]	11	Carcinomul interesează colul, dar nu se extinde în afara uterului.
2		
[illegible]	III	Carcinomul se extinde în afara uterului, inclu-
3		zînd diseminarea la vagin, dar rămînînd în ca drul pelvisului adevărat.
[illegible]	IV_a	Carcinomul interesează mucoasa vezicii sau
*		rectului şi/sau se extinde dincolo de pelvis. OBS.: Prezenţa edemului bulos nu este sufici entă pentru clasificarea tumorii ca T_4.
[illegible]	IVb	Diseminare în organe la distanţă.
,		
[illegible]		Nu pot fi întrunite minimum de condiţii nece
X		sare pentru evaluarea tumorii primare.
[illegible]	*Ganglionii limfatici regionali*	
-		
[illegible]	se constată interesarea ganglionilor limfatici regionali.	
I 1 u		
[illegible]	Interesarea ganglionilor limfatici regionali.	
I I		
[illegible]	Nu pot fi întrunite minimum de	necesare pentru evaluarea ganglionilor
X — condiţi	limiauci	
regional	ILS • ; . .	

i.

T-Tumoarea primară

M — *Metastaze la distanţă*
M_0 — Nu se constată metastaze la distanţă. Mj — Metastaze la distanţă.
MX — Nu pot fi întrunite minimum de condiţii necesare pentru evaluarea prezenţei metastazelor la distanţă.
Clasificarea histopatologică post chirurgicală—pTNM pT—Tumoarea primară
Categoriile pT corespund categoriilor T.
G — *Grading histcpatolagic,*
Cj — Grad înalt de diferenţiere; G> — Grad mediu de diferenţiere;
Gg '— Grad scăzut de diferenţiere sau carcinom nediferenţiat; GX — Gradul nu poate fi evaluat.
pN — Ganglioni limfatici regionali
Categoriile pN corespund categoriilor N.

pM — Metastaze la distanţă

Categoriile pM corespund categoriilor M.

		Gruparea stadială		
S tadiul	O	T|S		
S tadiul	ia	TIU	N_0	M_0
S taditl	Ih	TIB	N_0	M_0
S tadiul	11	TO	N_0	M_0
S tadiul	UI	n	N_0	Mo
		SS Ut îi	N_x	M_0
S tadiul	IVa	T_4	®®	M_0
S tadiul	IVb	Orice T	Orice N	Mi

Rezumat

UICC	CORPUL UTERIN	FIGO
r	Carcinomul in situ	O is
r	Limitat la uter	I r
Tiu	Cavitatea 8 cm	Iu
Tib	Cavitatea > 8 cm	In
r	Extensie la colul uterin	II a
r	Extensie în afara uterului, dar în pelvis	III 3
]	Extensie la vezică (rect), în afara pelvisului	IV »
]	Organe la distanţă	iv_b

Cu toate că indicaţia terapeutică este diferită in funcţie de stadiul clinic al bolii apreciat după criteriile expuse, atragem atenţia că existenţa unor tare organice generale pe care le-am semnalat (vîrstă înaintată, obezitate, diabet, hipertensiune arterială) poate modifica radical indicaţia terapeutică standard.

H. Robert (vezi P. Moyse — 1973) are dreptate cînd reaminteşte pe *Kot- tmeyer*, care din punct de vedere clinic împărţea cancerul de col uterin în 3 categorii:

Categoria I: cuprinde cancerele operabile;

Categoria II-a: cuprinde cancerele de endometru care ar putea fi perfect operabile, dar la care nu se poate efectua operaţia deoarece pacientele sînt prea bătrîne, cu afecţiuni cardiace, obeze, diabetice, cu insuficienţă respiratorie etc.

Categoria IlI-a: cuprinde cancerele inoperabile.

Mai înainte de a prezenta indicaţia terapeutică după stadiile bolii, este necesar ca medicul să cunoască modul de extindere al adenocarcinomului de endometru.

La început procesul tumoral se întinde în suprafaţă şi apoi penetrează în miometru, dar poate cuprinde lent întreg endometrul (« epithelioma en surface» a lui Masson). Numai în 15% (deci rar) procesul canceros se extinde spre istm şi în 5% invadează şi endocolul (situaţia din Franţa, relatată de H. Robert, 1973).

în general, în aceste două ultime eventualităţi, şi numai dacă procesul infiltrează miometrul, există posibilitatea invaziei ganglionilor pelvieni. în asemenea situaţii, tratamentul se aseamănă mult cu tratamentul cancerului de col uterin.

Penetrarea în miometru este mai accentuată în unele zone, în alte zone procesul malign limitîndu-se numai la mucoasa endometrială.

în această fază (de penetrare în miometru), uterul se măreşte de volum evident şi devine moale în zonele cu miometrul infiltrat.

Interesarea miometrului poate lua aspectul macroscopic: ulcerativ, infil- trativ sau proliferativ exofitic (histerografia cu lipiodol poate evidenţia aceste forme).

Odată miometrul invadat, celulele canceroase se pot răspîndi în întreaga reţea limfatică a miometrului, putînd difuza spre ariile ganglionare ale corpului uterin.

Este dovedit că prognosticul depinde în mare măsură de gradul de infiltrare a miometrului*. Ajungerea procesului tumoral subseros şi apoi invadarea seroasei peritoneale, agravează mult prognosticul, deoarece prin reţeaua limfatică sub- seroasă, ca şi prin descuamarea celulelor maligne în pelvis, ce grăbeşte extinderea malignităţii spre organele vecine şi invadarea marelui epiploon, care captează celulele maligne descuamate în cavitatea peritoneală.

Toate aceste elemente morfologice, care pot fi cel mai bine apreciate numai prin secţionarea uterului extirpat, trebuie consemnate în foaia de observaţie (protocolul operator) de către chirurg. Pe baza lor se va decide tratamentul postoperator şi se va aprecia prognosticul.

Extinderea în ganglionii limfatici. Există posibilitatea invadării ganglionilor corpului uterin: iliaci externi (ganglionul principal al lui Leveuf-Godard) şi hipogastrici (prin limfaticele parametriale), ganglionii lomboaortici (prin limfaticele vaselor lombo-ovariene) şi ganglionii inghinali (prin limfaticele ligamentului rotund). Concepţia veche conform căreia în funcţie de sediul cancerului în interiorul uterului s-ar prinde grupele ganglionare respective (de ex. cancerele fundusului uterin ar invada ganglionii lomboaortici, iar cancerele istmului, ganglionii fosei obturatorii), nu mai este integral valabilă, deoarece, datorită confluării tuturor limfaticelor în reţeaua limfatică a miometrului, aceste grupe ganglionare pot fi invadate, indiferent de sediul cancerului.

Spre deosebire de cancerul de col uterin, unde reţeaua ganglionară a colului poate fi invadată în mod izolat, în cancerul de corp invazia nu este exclusiv limfatică, ea putîndu-se face în acelaşi timp şi pe cale venoasă (hilurile venoase ale corpului uterin) şi pe cale endosalpingiană.

Se ştie că trompa poate, prin mişcări antiperistaltice, să conducă secreţia hemoragică endouterină în pelvis. La bază este acelaşi mecanism, care conduce sîngele menstrual la femeile tinere în cavitatea peritoneală (H. Robert, 1973). Invadarea ,ovarelor se poate face şi prin acest mecanism, pe lîngă metastazarea în ovar pe cale venoasă sau limfatică. în 12% cancerul uterin prezintă şi metastaze ovariene (H. Robert). Invazia pe cale venoasă explică frecvenţa metastazelor pulmonare, hepatice, osoase, cerebrale etc.

O discuţie specială necesită metastazarea limfatică şi vaginală.

Metastazarea în ganglionii limfatici sateliţi corpului uterin este întîlnită în medie în 16% (H. Robert, 1964; studiul unor statistici ce însumează 1000 cazuri analizate; Verhaeghe — 1973, consideră invazia ganglionară în 20 %). Nu există statistici certe care să arate frecvenţa invadării ganglionilor lomboaortici. în schimb, există suficiente statistici care demonstrează invazia ganglionilor pelvieni.

E. Held (1977) a cules din literatură statistici suficiente pentru a ilustra acest aspect. Redăm cîteva statistici din acest studiu:

Autorul	Nr. cazurilor	Stadiul clinic	Ganglionii pelvieni invadaţi canceros
Lees D.H. (1969)	76	St. I FIGO (56)	5,4%
		St. II (i	50,0 %
		St. III (8)	62,5 %
		St. IV (4)	25,5 %
		Toate stadiile	17,1 %
Lewis, Stallworthy (1970)	129	*Toate stadiile*	13,2 %
Rickford (1968)	50	St. I FIGO (36)	5,5%
		St. II (9)	22^ %
		St. III, IV (5)	20,0 %
		Toate stadiile	10,0 %
Schwartz, Brunschwig	96	*Toate*	14,0

(1957)		*stadiile*	%
Wade şi col. (1967)	21	St. I FIGO	(16) 19,0 %
		St. II	(5) 10,5 %
Hawkworth W. (1964)	75	Lez. exclusiv corp	(64) 12,5 %
		Lez. cu invazie col	(11) 54,5 %
		Toate stadiile	18,7 %
Rutledge (1974)	103	St. I—in	6,0%

Ce rezultă din această statistică?

1. *Că aprecierea clinică a stadialităţii este extrem de relativă,* deoarece în stadiul I în unele statistici ganglionii sînt rar prinşi (Less — 5,4%), iar în alte statistici sînt prinşi frecvent (Wade — 19% în stadiul I şi 10% în stadiul II), chiar mai frecvent decît în stadiul II.
2. *Atunci cînd leziunea invadează colul,* ganglionii sînt prinşi mai frecvent (54,5%) decît dacă leziunea rămîne limitată la corpul uterin (12,5%) (statistica Hawkworth, 1964).
3. *Există cancere de corp cu grade diferite de limfofilie* (de exemplu în statistica Rutledge, pe 103 cazuri, toate stadiile, au fost găsiţi ganglioni pozitivi doar în 6 %, iar alte statistici dau cifre duble sau triple).
4. *Adenopatia canceroasă, frecvent existentă, nu poate fi neglijată,* ea trebuind să fie extirpată chirurgical şi iradiată cu înalte energii.
5. *Un mare număr de recidive se dat or esc adenopatiei canceroase insuficient soluţionate terapeutic.*

Metastazarea vaginală, frecvent întîlnită în cancerul de corp uterin (12—15 % B Robert), apare mai ales în cancerele ce interesează istmul şi colul uterin.

Mecanismele de producere sînt multiple:

a) *prin legături limfatice.* Se ştie să istmul, colul şi treimea superioară a vaginului formează un complex limfatic unitar (vezi fig. 580);

b) existenţa unei comunicări directe între reţeaua venoasă a corpului uterin şi a vaginului;

c) *însămînţarea directă,* prin celulele canceroase migrate din uter în lumenul vaginal.

Metastazele vaginale întîlnindu-se cel mai frecvent în treimea superioară a vaginului, unii recomandă iradierea sau extirparea ei; metastaze vaginale apar frecvent şi în treimea inferioară a vaginului, în jurul uretrei. Nu se cunoaşte mecanismul apariţiei acestei localizări periuretrale.

Pentru a se evita însămînţarea vaginului cu secreţiile scurse din uter, unii autori au recomandat suturarea preoperatorie a colului, alţii (Spraat) au imaginat chiar un fel de dop pentru închiderea ermetică a colului şi spălarea vaginului intraoperator cu o soluţie tumoricidă (formaldehidă 3%).

METODELE DE TRATAMENT AL CANCERULUI DE CORP UTERIN

Dispunem azi de numeroase metode în tratamentul cancerului de corp uterin: chirurgia (cea mai veche metodă şi cea mai eficientă), radioterapia, hor- monoterapia şi chimioterapia. Aceste metode nu pot fi aplicate la întîmplare şi chirurgul trebuie să cunoască strategia utilizării lor.

Vom expune mai întîi metodele şi în final vom preciza strategia utilizării lor.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Chirurgia a fost şi rămîne actul terapeutic major pentru cancerele de corp uterin mobile, operabile. Radioterapia va fi aplicată postoperator. Există însă şi cazuri clinice perfect operabile, dar din cauza terenului (bătrîneţe, diabet, obezitate etc.) actul operator nu poate fi efectuat. Aceste cazuri aparţin tratamentului radioterapie şi hormonal. Actul operator urmăreşte următoarele obiective:

a)*Extirparea în totalitate a uterului, operaţia minimă care şi-a dovedit eficienţa fiind histerectomia totală*.* Lăsarea pe loc a colului (histerectomia subtotală pentru cancere ale fundului uterin) înseamnă asumarea unui risc de 10% pentru apariţia recidivelor pe colul restant (Verhaeghe, 1973). De asemenea, lăsarea pe loc a unor porţiuni din col (cazul histerectomiei totale Carron sau Aldridge) măreşte riscul apariţiei recidivelor pe tranşa vaginală; este de preferat histerectomia totală inversă (aşa cum procedăm noi) sau histerectomia totală procedeul Wiart.

b)*Extirparea anexelor este obligatorie,* deoarece în 15% (Verhaeghe) există metastaze în ovare.

c)*Extirparea treimii superioare a vaginului* este obligatorie, dacă nu putem asigura aplicaţia de radium intravaginală (pre- sau postoperator).

d)Limfadenectomia pelvisului.

Cu toate că statistic ganglionii pelvisului sînt găsiţi în 15—20% (în medie) invadaţi neoplazic, extirparea lor sistematică nu a îmbunătăţit apreciabil procentul supravieţuirilor la 5 ani (în medie 50%). Explicaţia constă probabil în faptul că pe lîngă ganglionii

pelvisului mai pot fi invadaţi şi ganglionii lomboaortici, care nu pot fi extirpaţi chirurgical. De asemenea, pot exista diseminări microscopice migrate pe cale venoasă, care vor determina postoperator metastaze extrapelviene.

Noi practicăm limfadenectomia pelvisului asociată histerectomiei totale cu anexectomie în toate cazurile de cancere de corp care interesează istmul şi colul uterin. în cancerele operabile situate spre fundusul uterin, limfadenectomia pelvisului devine facultativă. Dat fiind simplitatea limfadenectomiei, noi o practicăm aproape în toate cazurile. Găsirea unei invazii ganglionare obligă la iradierea pelvisului prin telecobaltoterapie.

Este de la sine înţeles că toate aceste operaţii se fac pe cale transabdominală. Numai în cazul cînd există un uter prolabat se va opera pe cale vaginală, sau cînd există o contraindicaţie pentru laparotomie.

TRATAMENTUL RADIOTERAPIC

Faptul că radioterapia clasică (rontgenterapie] cu 200 Kv) nu determina sterilizarea adenocarcinomului de endometru a creat mitul radiorezistenţei acestor cancere. Ulterior s-a dovedit că *radiumterapia intrauterină* şi radioterapia cu *înalte energii* (cobaltoterapia sau iradierea cu acceleratorul linear) pot steriliza procesul canceros uterin în procente apreciabile.

Metoda radioterapică poate fi aplicată fie postoperator pentru prevenirea recidivelor posthisterectomie totală, fie preoperator pentru reconvertirea la opera- bilitate, a cazurilor avansate, care vor fi iradiate la nevoie şi postoperator, fie utilizată ca unic tratament pentru cazurile unde există contraindicata exerezei chirurgicale. în tratamentul recidivelor devine metoda uzual uzitată. Vom analiza în mod separat avantajele fiecărei metode radioterapice.

a) Radiumterapia. Metoda curieterapiei se poate aplica în mai multe moduri:

Metoda Stockholm sau metoda umplerii («packing») cavităţii uterine cu mici celule de o construcţie specială încărcate cu radium (în ultimul timp s-a utilizat Co 60). Metoda este preconizată de Heymann de la Institutul Radium Hemmet din Stockholm (fiind cunoscută şi sub numele de metoda Stockholm), şi e folosită în ţările nordice.

După dilatarea colului (cel puţin cu Hegar 12), se face un curetaj uterin, extirpîndu-se partea moale a cancerului, partea dură, intramiometrică rămânînd să fie iradiată (lipiodolografia de control) cu celulele tip Heymann încărcate cu radium. Uneori o singură aplicaţie de radium intrauterină este insuficientă şi se va recurge şi la o nouă aplicaţie după 3 săptămîni de la extragerea primelor surse radifere; de această dată uterul este mult retractat şi cantitatea de radium introdusă este mai redusă.

Metoda are riscuri, deoarece dacă craterul tumoral este prea adînc săpat în miometru, sursele de radium, înghesuite dezordonat în cavitatea uterină, se vor găsi în apropierea anselor intestinale, care prin suprairadiere se pot perfora pro- ducînd peritonite mortale. De asemenea iradierea cancerului va fi neomogenă.

Iradiind preoperator pelvisul prin cobaltoterapie masa neoplazică endou- terină ulcerată diminuă mult, uterul tumoral se reduce mult de volum, cavitatea uterină se remodelează pierzîndu-şi anfractuozităţile.

Metoda Curieterapiei endocavitare (uterine şi vaginale). Este o variantă a metodei Stockholm. Metoda constă în introducerea în lumenul uterin a unor surse puternice radifere iar cu ajutorul unui colpostat se montează surse de radium şi în fundurile de sac vaginale, în imediata apropiere a colului uterin.

Această metodă este aplicată mai ales în Franţa (Dulac Rochet, Papillon, Chassagne etc.). în Institutul Oncologic Cluj aplicăm aceeaşi metodă. Ea are avantajul că poate steriliza într-un anumit procent din cazuri porţiunile de tumoare penetrante în miometru. De asemenea sursele de radium aplicate în fundurile de sac vaginale vor steriliza 1/3 superioară a vaginului şi parametrele.

Dacă neoplasmul este situat spre fundul uterin (apreciere prin histerografie) se măreşte încărcătura de radium a vîrfului sondei introduse în cavitatea uterină.

La nivelul endometrului procesul neoplazic primeşte uriaşa doză de 10 000— 15 000 rad.; organele vecine (vezica, rectul) primesc aproximativ 3000 rad. Cu toate aceste doze uriaşe, curieterapia endouterină este insuficientă pentru sterilizarea cu certitudine a tumorii endouterine, mai ales în cazurile în care corpul uterin este deformat de către tumoare (Chassagne, 1977).

Atragem atenţia că dozele de iradiere sînt apreciate pe curbe de izodoze calculate de fizicieni şi tratamentul nu se poate face corect decît în institutele oncologice şi numai de medici specialişti în curieterapia* uterului.

b) Radioterapia transcutanată efectuată cu energii înalte prin megavoltaj utilizează bomba de cobalt, acceleratorul linear şi betatronul. Ne vom referi numai la telecobaltoterapie, metodă existentă în reţea.

Telecobaltoterapia este foarte eficace.

Datorită puterii mari de penetrabilitate a radiaţiilor de supravoltaj (raze gama, electroni acceleraţi etc.) iradierea cu înalte energii are ca scop: « a reduce masa neoplazică vegetantă, a elimina riscul hemoragiilor şi infecţiilor şi a restabili morfologia cavităţii uterine, aducînd-o la formele normale » (Rousseau, 1973). La Institutul Oncologic Cluj folosim bomba de cobalt cu o încărcătură de 6000 milicurie şi din anul 1982 va intra în funcţie şi noul accelerator liniar.

Cobaltoterapia distruge masa neoplazică vegetantă endouterină, dar ea nu poate steriliza în totalitate infiltraţia canceroasă a miometrului. în general se administrează pe întreg pelvisul cca 3000—4000 rad.; iar la nivelul pereţilor pelvieni 5000—5500 rad.; tehnica de administrare este de înaltă tehnicitate şi se va aplica numai în centre specializate.

Resturile canceroase miometriale, care sînt mai radiorezistente pot fi bine distruse de sursele de radium introduse ulterior în cavitatea uterină; radiumul determină «o iradiere intensă, într-un timp scurt şi într-un volum restrîns» (Rousseau). Cobaltoterapia poate distruge şi diseminarea canceroasă din aria ganglionilor pelvieni. Se poate foarte bine aprecia eficacitatea cobaltoterapiei şi radiumterapiei pe acele cazuri de cancer de corp uterin, la care operaţia era contraindicată fie din cauza vîrstei, fie a bolilor asociate (diabet, obezitate, hipertensiune).

Citâm statistica lui Rousseau (1973) pe 279 cazuri cancere de corp uterin tratate la Fondation Curie din Paris exclusiv prin cobaltoterapie şi radiumterapie*:

pentru stadiul I şi II: 34% supravieţuire la 5 ani;

pentru stadiul III: 25%

recidive postchirurgicale: 23% supravieţuire la 5 ani; şi 16% la 10 ani.

Această statistică respinge concepţia unora că neoplasmele de corp sînt radiorezistente şi totodată « arată clar necesitatea asocierii exerezei chirurgicale» (Rousseau).

Actul chirurgical radical (histerectomie totală cu anexectomie) efectuat după tratamentul radiologie asociat (cobaltoterapie + radium) ameliorează substanţial rezultatele.

Supravieţuirea la 5 ani a fost: în stadiile I şi II — 61% (în loc de 34%). în stadiile III au trăit 3 din 3 bolnave operate faţă de numai 7 din 27 cazuri exclusiv iradiate.

Concluzia este clară: *rezultatele cele mai bune tn cancerul de corp uterin sînt date de tratamentul asociat radio-chirurgical.*

Trebuie specificat că sînt mulţi chirurgi (şi noi ne numărăm printre aceştia) care practică în cazurile operabile întîi actul chirurgical (histerectomie totală cu anexectomie cu sau fără limfadenectomia pelvisului) şi imediat după vindecare aplică tratamentul radiumterapic (aplicaţie endovaginală) continuat sau nu de telecobaltoterapie.

Telecobaltoterapia postoperatorie este aplicată de unii sistematic, sau este rezervată (Rousseau, 1973) numai acelor cazuri în care chirurgul constată pe piesa operatorie:

— fie o infiltrare neoplazică a mai mult de jumătate din grosimea miometrului ;
— fie o invadare a colului uterin, vaginului, parametrelor, anexelor sau ganglionilor;
— fie că s-a practicat o histerectomie totală simplă.

HORMONOTERAPIA

Hormonoterapia a fost relativ recent introdusă în tratamentul cancerului de endometru şi rezultatele au fost surprinzător de promiţătoare.

S-a recurs la utilizarea progesteronului (şi a numeroaselor sale derivate sintetizate chimic) pentru efectul său local şi general.

a) *Efectul local şi direct:* progestativele au un efect de maturare asupra endometrului normal (Clarysse şi colab., 1976). Important este efectul pe care îl au progestativele asupra celulelor adenocarcinomului de endometru. Se observă că progestativele induc diferenţierea, maturarea, secreţia, metaplazia epitelială, atrofia şi uneori chiar dispariţia tumorii maligne (Bonte şi colab., 1978).

b) *Efectul general:* ele inhibă activitatea hipotalamohipofizară de a produce LH-ul.

Dintre progestativele utilizate în tratamentul adenocarcinomului de endometru semnalizăm pe cele mai frecvent utilizate:

(1) medroxiprogesteron — acetat (6-metil. 17-alfa-hidroxiprogesteron ace- tat) (preparatul Provera produs al casei Upjohn).

(2) 17-alfa-hidroxi-progesteron-caproat (preparatul Delalutin).

Pentru ca să existe un efect distructiv asupra adenocarcinomului de endometru concentraţia sanguină de medroxiprogesteron trebuie să atingă plafonul de 90 nanograme/ml, situaţie care se realizează prin administrarea orală a 1 g de medroxiprogesteron, pe săptămînă (Bonte şi colab., 1978). Nu toate cazurile răspund pozitiv şi în egală măsură. Se apreciază că procesul tumoral este influenţat în sens pozitiv (ameliorare) în 19—50% din cazuri (Clarysse, 1976), iar la 1/3 din paciente s-a înregistrat o regresiune apreciabilă (Kelley, Kennedy, Sykes, Kistner—citaţi de Clarysse, 1976). Bonte şi colab. (1978) dau rezultate mult mai bune. Ameliorarea subiectivă este şi mai frecvent înregistrată.

Răspund mai bine la progestative adenocarcinoamele de endometru ce au o evoluţie lentă, care au recidivat tîrziu după operaţie. S-a observat că tumorile nediferenţiate histologic (G.3) nu sînt influenţate de tratamentul hormonal, cele mai bine influenţate fiind adenocarcinoamele bine diferenţiate (G. 1). Atunci cînd prescriem acest tratament costisitor se va ţine seama de acest fapt. De asemenea se pare că radioterapia reduce sensibilitatea tumorii la progestative (fapt neverificat prin trialuri). La cei care nu răspund la tratamentul hormonal supravieţuirea este în general de cca jumătate de an (7 luni), iar la cei care răspund efectiv supravieţuirea este în medie de 3—4 ori mai lungă (1 1/2—2 ani; după Kistner— 1965 ar fi de 21,6 luni). Aproximativ la 31,4% (Clarysse şi colab., 1976) supravieţuirea a fost de 4—5 ani, ceea ce echivalează cu o vindecare a bolii. Răspund bine metastazele pulmonare, iar local tumoarea involuează şi-şi ameliorează evident simptomatologia. Efectul medroxiprogesteronei nu apare imediat, ci după 1—3 luni de la începutul tratamentului. Deci perseverarea în administrarea medroxiprogeste- ronului trebuie să ţină cel puţin 3 luni, cu dozele mari prescrise, interval în care se realizează impregnarea masivă a organismului şi a tumorii. în caz că se observă ameliorări, se va continua tratamentul cu aceeaşi doză (1 g Provera per os pe săptămînă)* timp nelimitat (Bonte, 1978).

Alţi autori (Kistner, citat de Clarysse, 1976) recomandă doze şi mai mari (3—4 g/săptămînă de medroxiprogesteron-acetat in injecţii retard intramusculare). Atunci cînd apare remisiunea, doza se reduce la 1 g/săptămînal.

Asupra rezultatelor părerile sînt contradictorii. Unii publică rezultate spectaculare (Bonte), alţii susţin că nu au avut rezultate (Verhaege —1973), iar cei mai mulţi comunică rezultate interesante în aproximativ 30 % a cazurilor.

Noi nu avem încă experienţă mare cu acest tratament, medicaţia fiind foarte scumpă.

Redăm după Bonte şi colab. (1978) succesele înregistrate.

1. Aceşti autori susţin că aplicarea intrauterină a unui tutore de Silastic impregnat cu doze mari de medroxiprogesteron-acetat ar putea steriliza leziunea canceroasă, putînd deci substitui radiumul, atît de periculos uneori în urmări (cistită şi rectita rădică, apariţia fistulelor, peritonite etc.)

Tabelul 1

Rezultate în adenocarcinoame de stadiul I, fără invazia endometru miometrului

Persistenţa malignităţii pe piesa operatorie	Aplicaţie de medroxiprogeste- intrauterin	Radium packing
Absenţa malignităţii Efecte secundare	59% 8% 33%	62%
Persistenţa unor celule aparent viabile		14% 24%

2. Administrarea de medroxiprogesteron-acetat ar îmbunătăţi considerabil supravieţuirea la 5 ani după tratamentele clasice (chirurgie-radioterapie).

Tabelul 2

Supravieţuirea la 5 ani Sn adenocarcinomul de endometru stadiul I

Tratament	Nr. paciente	Fără mcdroxi-prog esteronâ	Cu medroxi-prog esteronă
Radioterapie	50	17%	57%
Radioterapie + histerectomie	103	65%	87%
Histerectomie + radium postoperator	7	25%	100 %

în ultimii ani au apărut numeroase studii asupra efectului salutar al hormo- noterapiei. Chiar dacă rezultatele excepţionale publicate se datoresc entuziasmului care însoţeşte începuturile oricărei metode terapeutice nou-descrise, tratamentul hormonal cu progestative trebuie încercat în orice cancer de corp uterin, mai ales în fazele înaintate, sau recidivate ale bolii, unde chirurgia şi radioterapia nu au prea mult de spus.

încheiem acest capitol atît de optimist cu observaţia publicată de Endo- metrial Adjuvant Study Group că « nu a observat o îmbunătăţire semnificativă în supravieţuire sau rata de control local la bolnavele ce au primit o terapie pro- gestativă în plus faţă de chirurgie şi iradiere» (Brady, 1975 —citat de Clarysse, 1976).

în ciuda acestor fapte contradictorii, medicaţia progestativă trebuie verificată în continuare, mai întîi pentru a ne forma o experienţă personală şi apoi pentru că în cazurile avansate sau recidivate nu mai avem alte posibilităţi de ameliorare după epuizarea posibilităţilor oferite de metodele clasice: chirurgia şi radioterapia.

CHIMIOTERAPIA

încercările lui Hali (1970), Bloomfield (1971) ş.a. nu au putut demonstra pînă în prezent eficienţa citostaticelor în această localizare a cancerului.

în literatura consultată nu am găsit decît un singur autor (Bruckner, 1977) care tratînd 7 cazuri la care terapia clasică (chirurgie-radioterapie) a eşuat; 5 cazuri aveau metastaze pulmonare. Toate aceste cazuri au răspuns în mod obiectiv la tratamentul combinat (chimioterapie -f* hormonoterapie)*. Autorul susţine că din literatura consultată rezultă că terapia hormonală singură nu oferă mai mult de 30% şanse de remisiune durabilă, iar chimioterapia combinată cu hormonoterapie oferă rezultate în cca 50—60%. în stadiul actual al cunoştinţelor nu ne putem pronunţa asupra efectelor chimioterapiei.

STRATEGIA TRATAMENTULUI COMPLEX ÎN CANCERUL DE CORP UTERIN**

Din cele discutate în capitolele anterioare, rezultă că:

— tratamentul complex poate oferi şanse mai mari de vindecare decît fiecare metodă terapeutică luată în parte;

— tratamentul chirurgical rămîne coloana de rezistenţă a tratamentului cancerului de corp uterin. Stadiul I şi uneori II se va opera la prezentare, cînd nu este contraindicat actul chirurgical.

Operaţia minimă admisă este histerectomia totală cu extirparea anexelor şi 1/3 superioară a vaginului; noi am utilizat cu succes histerectomia totală inversă cu condiţia ca după deschiderea vaginului să prindem cu pensa Museux dintr-o dată ambele buze ale colului, închizînd astfel orificiul colului şi împiedicind scurgerile endouterine încărcate cu celule canceroase ce se pot însămînţa în pelvis. Colul va fi apoi badijonat cu tampon îmbibat cu alcool iodat pentru a îndepărta şi distruge celulele canceroase detaşate deja. Aceeaşi curăţire am făcut-o şi în interiorul vaginului.

Alcoolul iodat distruge celulele canceroase descuamate.

Dacă pensa Museux nu prinde ambele buze ale colului, atunci acestea vor fi suturate cu aţă.

Acordăm mare atenţie acestor detalii tehnice.

Ganglionii fosei obturatorii şi iliaci primitivi îi extirpăm în orice situaţie. Parametrele nu le extirpăm decît atunci cînd le găsim infiltrate la palparea intraoperatorie şi practicăm limfadenohistero-colpectomia lărgită.

Postoperator aplicăm endovaginal întotdeauna radium pe tranşă, deoarece toate statisticile arată că reduce de peste 10 ori incidenţa recidivelor (de la 20— 25% la 1—2%) pe tranşa vaginală şi în zona pelviană vecină vaginului (parametre).

Dacă ganglionii pelvieni au fost găsiţi microscopic invadaţi se va face postoperator şi radioterapie externă cu energii înalte (bomba de cobalt) administrîndu-se dozele de 4000—5000 rad pe fiecare lojă parametrială. Ganglionii paraaortici din vecinătatea rinichilor vor fi palpaţi obligator intraoperator. Dacă sînt găsiţi hipertrofiaţi neoplazic şi cum nu pot fi iradiaţi bine (vecinătatea rinichilor) se va indica tratamentul hormonal.

In stadiul II şi III cu uter mobil, în cazurile inoperabile începem cu tratamentul radiologie: radiumaplicaţie utero-vaginală (eventual cobaltoterapie), apoi operăm şi indicăm cobaltoterapie postoperatorie.

Cazurile inoperabile (prin extensie neoplazică sau contraindicaţia actului chirurgical) le încredinţăm radioterapeutului. Numai dacă tumoarea devine operabilă vom tenta exereză chirurgicală, urmată postoperator obligator de un tratament de completare radiologică.

Aceeaşi atitudine avem şi faţă de recidive*. In cazuri rare se poate tenta pelvectomia parţială sau totală pentru lichidarea recidivei pelviene.

Tratamentul hormonal (Provera) îl recomandăm de regulă în stadiile inoperabile, medroxiprogesterona însoţind radioterapia.

Hormonoterapia este indicată şi în stadiile operabile, unde s-a găsit o diseminare canceroasă extrauterină, chiar dacă s-a practicat şi radioterapie postoperatorie.

Hormonoterapia este ferm indicată în tratamentul recidivelor şi metastazelor, fiind deseori ultima resursă şi speranţă terapeutică.

REZULTATELE TRATAMENTULUI COMPLEX

în încheiere redăm statistici care atestă valoarea tratamentului chirurgical şi subliniază importanţa tratamentului complex radio-chirurgical endocrin.

Rezultatele globale ale vindecărilor la 5 ani publicate în 1970 de Centrul Metodologic al UICC pentru problema cancerului de corp uterin (mai multe statistici ce însumează 10 000 bolnave), sînt următoarele:

— bolnave care nu prezintă riscuri operatorii avînd cancere limitate la corp: 77%;
— bolnave ce prezintă riscuri operatorii avînd cancere limitate la corp: 47%;
— cancere extinse: 26%.

Verhaeghe (1973) publică următoarele rezultate prin aplicarea tratamentului radio-chirurgical (270 cazuri):

— cazuri perfect operabile: vindecări între 62—80 %;
— cazuri cu starea generală alterată cu risc chirurgical 26—36%.

O statistică mai recentă este aceea a lui Malkasian şi Mc. Donald (1977) care publică rezultatele obţinute pe 523 paciente (324 St. IA; 85 St. IB; 84 St. II; 90 St. III şi IV) tratate la Clinica Mayo între 1952—1962, ce au fost urmărite timp de 10 ani; tratamentul de bază a fost histerectomia totală cu anexectomie bilaterală cu iradiere postoperatorie.

La 5 ani erau în viaţă 74% iar la 10 ani 64%.

Pentru stadiile I A şi B (G_2 histologic), supravieţuirea la 5 ani a fost de 90% iar pentru stadiul IV A cu structură histologică (Gl, în clasificarea histo- logică a lui Broders) supravieţuirea a fost de 13%. De remarcat că autorii au avut în general majoritatea cazurilor (433 cazuri din 523) în stadii perfect operabile (stadiul I şi II), de aici şi rezultatele foarte bune.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ŞI TEHNICILE CHIRURGICALE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL CORIOEPITELIOMULUI UTERIN

Corioepiteliomul este uneori greu de diferenţiat de mola hidatiformă şi de mola invazivă (corioadenomul distructiv).

Coriocarcinomul este precedat în 50% de o molă hidatiformă dar 85% din lăuzele ce au avut molă se vindecă dacă uterul a fost bine curăţat şi numai 15% se pot transforma în coriocarcinom.

Unele corioepitelioame se vindecă spontan, datorită unor fenomene imuno- logice de rejet, vilozitatea corială din care derivă tumoarea avînd în structura sa antigeni paterni (se comportă ca un homotransplant).

în Europa boala este mai rară, dar în Asia şi Mexic este de 10 ori mai frecventă.

în trecut corioepiteliomul se trata chirurgical (histerectomie totală lărgită) şi radioterapie pe întregul pelvis sau pe metastaze, tumoarea fiind foarte radio- sensibilă.

în ultimii 24 ani s-a demonstrat superioritatea chimioterapiei, încît tratamentul chirurgical şi radioterapie au rămas de excepţie.

Primii care au arătat că această boală malignă poate fi vindecată cu Metho- trexat au fost Li M.C. şi Hertz R. (1956) care din întîmplare (în lipsa altor cito- statice) au administrat acest citostatic. Aceşti autori au obţinut la 2 paciente din 3 tratate, vindecarea completă (cazurile fiind urmărite 15 ani).

Ulterior s-a dovedit că şi alte citostatice au eficienţă crescută, unele cocteiluri de citostatice fiind foarte eficiente. Reproducem un tabel după Lazarov, Rişcă şi Gavrilescu (1978) care atestă cele de mai sus.

Eficienţa mono- şi polichimioterapiei în boala trofoblastică.

Lazarov şi colab. (1978) publică rezultatele lui Hertz care a obţinut 74% remisiuni complete cînd Methotrexatul şi Actinomicina D au fost folosite în mod succesiv, în timp ce Brewer a obţinut 88 % vindecări cînd ambele citostatice au fost folosite simultan.

în Institutul Oncologic Cluj-Napoca se foloseşte una din următoarele scheme de tratament (Lazarov şi colab. 1978):

Schema I • Methotrexat 25 mg. *per os* zilnic, asociat cu 6-Mercaptopurină 300 mg zilnic *per os* pentru un total de 3—5 zile cu cicluri care se repetă după dispariţia perioadelor de toxicitate, ce ţin 2—3 săptămîni. Holland (1970) a arătat că Methotrexatul administrat intermitent (0,6 mg/kg corp) de două ori pe săptămînă, este tot atît de eficient ca şi curele de 5 zile administrate secvenţial.

Citostatic	Nr. de cazuri	Răspuns	Referinţă
Methotrexat	63	48	Hertz şi col., 1961
Methotrexat	144	65	UICC, Trophoblast Neoplasia Study Group, 1970 (Holland)
6-Mercaptopurină	93	56	Sung şi col., 1963
Agenţi alchilanţi	19	48	Ishizuka, 1950
Actinomicină D	8	88	Sher şi col., 1974
Actinomicină D	32	90	Goldstein şi col., 1972

Methotrexat, 6-Mercaptopurină	100	78	Bagshawe, 1969
Methotrexat, Actinomicină D, succesiv	75	74	Hertz, 1967
Methotrexat, Actinomicină D, secvenţial	29	72	Hammond şi Parker, 1969
Methotrexat, Actinomicină D, simultan	85	88	Brewer şi col., 1970

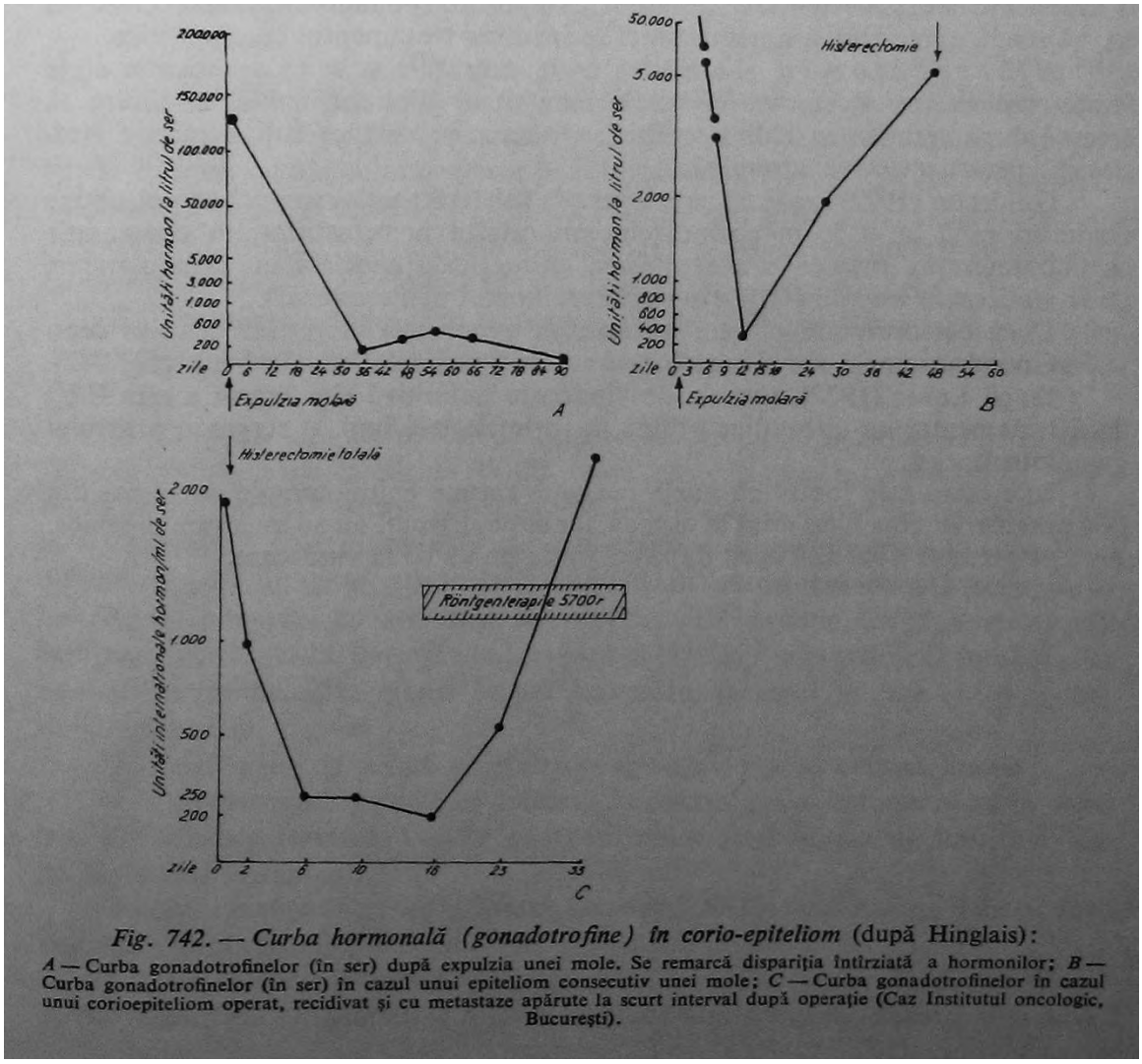


Fig. 742. — Curba hormonală (gonadotrofine) în corio-epiteliom (după Hinglais):
A — Curba gonadotrofinelor (în ser) după expulzia unei mole. Se remarcă dispariţia întîrziată a hormonilor; *B* — Curba gonadotrofinelor (în ser) în cazul unui epiteliom consecutiv unei mole; *C* — Curba gonadotrofinelor în cazul unui corioepiteliom operat, recidivat şi cu metastaze apărute la scurt interval după operaţie (Caz Institutul oncologic, Bucureşti).

Schema II • Methotrexat 15—25 mg *per os* sau intramuscular pe zi timp de 5 zile.

Schema III • Actinomicină D: 0,5 mg intravenos zilnic, timp de 4—5 zile. După fiecare cură pot apărea fenomene toxice traduse prin: gingivită, diarei, greţuri, vărsături. Tratamentul complicaţiilor: pensulări pe ulceraţiile bucale cu glicerină boraxată 2%, perfuzii cu soluţie glucozată, Torecan, transfuzii de sînge sau derivate, leucotrofină, Leuko 4, regim etc.

Se vor urmări atent leucocitele, trombocitele şi hematiile (determinări săp- tămînale).

După orice molă hidatiformă se va efectua un chiuretaj, produsul recoltat fiind studiat histopatologic (verificarea malignităţii).

Deoarece chiuretajul facilitează diseminarea unei eventuale mole degenerate malign, Lewis (1972) propune ca înaintea chiuretajului şi după efectuarea lui să se administreze pacientelor Methotrexat.

Hertz (1967) urmăreşte după chiuretaj titrul gonadostimulinelor. Dacă există o suspiciune de persistenţă a ţesutului malignizat, gonadostimulinele cresc în loc să scadă apreciabil şi numai atunci se instituie tratamentul cu citostatice.

Histerectomia şi-a restîns mult indicaţiile şi se va practica la acele femei care nu mai doresc copii sau la care titrul gonadostimulinelor începe să crească după terminarea chimioterapiei. Operaţia se va face sub protecţie cito- statică, pentru evitarea diseminării.

Goldstein (1972) arată că prin operaţia (histerectomie) singură se pot obţine vindecări pînă la 40% în coriocarcinomul uterin nemetastazat, în comparaţie cu chimioterapia singură sau extirparea chirurgicală asociată cu chimioterapie, unde vindecarea este de 100% (în coriocarcinomul nemetastazat).

Dacă coriocarcinomul este metastazat, procentele vindecării scad evident.

Gonadotrofinele vor fi urmărite frecvent (preferabil săptămînal) (fig. 742).

După Lewis (1972), şansele de vindecare definitivă sînt foarte mari (98%) dacă tratamentul cu citostatice obţine, în primele trei luni, o stagnare a titrului gonadotrofinelor.

Interesant este faptul că unele paciente tratate chimioterapie au rămas din nou gravide, sarcina fiind dusă la termen, iar copiii născuţi nu au avut tare organice. Nu este permisă o sarcină decît după cel puţin un an de la vindecare.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ŞI TEHNICILE CHIRURGICALE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR VAGINULUI

NOŢIUNI DE PATOLOGIE NECESARE INDICAŢIEI TERAPEUTICE

Embriologic cele 2/3 superioare ale vaginului derivă din sinusul uro-genital iar 1/3 inferioară din creasta genitală. Aşa se explică de ce limfaticele vaginului au căi comune cu ale colului uterin în cele 2/3 superioare şi cu ale vulvei în 1/3 inferioară (fig. 580). Pentru acest motiv cancerele vaginului au o diseminare atît de dispersată, încît o limfadenectomie eficientă se poate face numai în cancerele incipiente, cînd sînt invadate numai primele staţii ganglionare.

Tumorile vaginului sînt în general rar întîlnite în practica clinică.

Tumorile benigne sînt chisturile, papiloamele, polipii, leiomioamele şi endo- metrioamele vaginale.

1. *Chisturile* sînt de obicei de origine embrionară, derivînd din canalele Gărtner, rămăşiţe ale canalelor Wolff, care sînt situate în ligamentele largi; aceste canale coboară pe marginea laterală a uterului şi vaginului, îndreptîndu-se în 1/3 inferioară a vaginului spre peretele anterior. Chisturile pot fi de dimensiuni diferite, uneori atingînd dimensiuni mari. Unii autori recomandă sclerozarea lor prin introducerea de substanţe sclerozante, prin puncţie, iar alţii recomandă extirparea chirurgicală, care poate fi uşoară în chisurile mici şi dificilă în chisturile mari şi sus situate. Excepţional se pot maligniza, moment în care vor fi tratate ca şi un cancer vaginal.

2. *Papiloamele şi polipii* se electrocoagulează sau se extirpă limitat.

3. *Endometrioza vaginală* se tratează hormonal (vezi endometrioza în celelalte capitole ale tratatului). Este extirpată chirurgical în caz de insuccese ale tratamentului hormonal.

Tumorile maligne sînt: epiteliomul, sarcomul, melanomul malign şi metastaza vaginală a unui cancer supraiacent (col uterin, corp, corioepiteliom).

Cel mai frecvent întîlnit în practică este epiteliomul: 1 caz la 160 000 femei în Norvegia după O. Messelt din Oslo (citat de Garâs R.) iar Taussig indică un

procentaj de 2,7% din toate cancerele genitale. Apare mult mai frecvent la bătrîne, dar în ultimii ani se observă o creştere a frecvenţei şi la tinere*.

în 70% din cazuri cancerul vaginal apare în 1/3 superioară a vaginului; fiind depistată tîrziu, neoplazia se va extinde spre organele vecine (spre rect în cancerele peretelui posterior vaginal sau spre uretră şi vezică în cancerele situate pe peretele anterior).

Fiind cancere ulcerate şi infectate determină o infiltraţie inflamatorie a parametrelor care precedă infiltraţia neoplazică. Deci înainte de a aprecia exact extinderea cancerului vom efectua un tratament energic antiinflamator.

CLASIFICAREA STADIALĂ

Clasificarea stadială este absolut necesară de cunoscut, deoarece indicaţia terapeutică este diferită de la stadiu la stadiu.

în practică este utilizată clasificarea Federaţiei Internaţionale de Ginecologie şi Obstetrică (FIGO) fixată la Viena în 1961:

Stadiul 0: cancerul *in situ*, cancerul intraepitelial;

Stadiul I: cancerul limitat la pereţii vaginului;

Stadiul II: cancerul ce a invadat ţesuturile perivaginale;

Stadiul III: cancerul ce a invadat parametrele (pelvisul).

Stadiul IV: cancerul ce a invadat vezica sau rectul.

în 1978 IJICC împreună cu FIGO, au fixat următoarea clasificare a cancerului vaginal pe care o redăm in extenso (TNM-Geneva, 1978):

VAGINUL (ICD. O —184) Clasificat 1968. Confirmat 1978 (Recunoscut de ONC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)

Reguli de clasificare. Clasificarea se aplică doar carcino- mului primar. Tumorile prezente în vagin cu o proliferare secundară, de la o altă localizare, genitală sau extragenitală, trebuie raportate în grupuri separate.

O proliferare interesînd colul şi ajungînd în aria orificiului cervical extern trebuie atribuită carcinomului de col uterin. O proliferare care interesează vulva trebuie considerată ca şi carcinom vulvar.

O proliferare interesînd uretra trebuie clasificată în funcţie de histologie.

Este obligatorie verificarea histologică a bolii. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat.

Condiţiile necesare minime pentru evaluarea categoriilor T N şi M slnt următoarele:

Categoriile T: Examinare clinică, endoscopie şi radiografie.

Categoriile N: Examinare clinică şi radiografie.

Categoriile M: Examinare clinică şi radiografie.

Dacă aceste condiţii nu pot fi întrunite, se vor folosi simbolurile TX, NX sau MX.

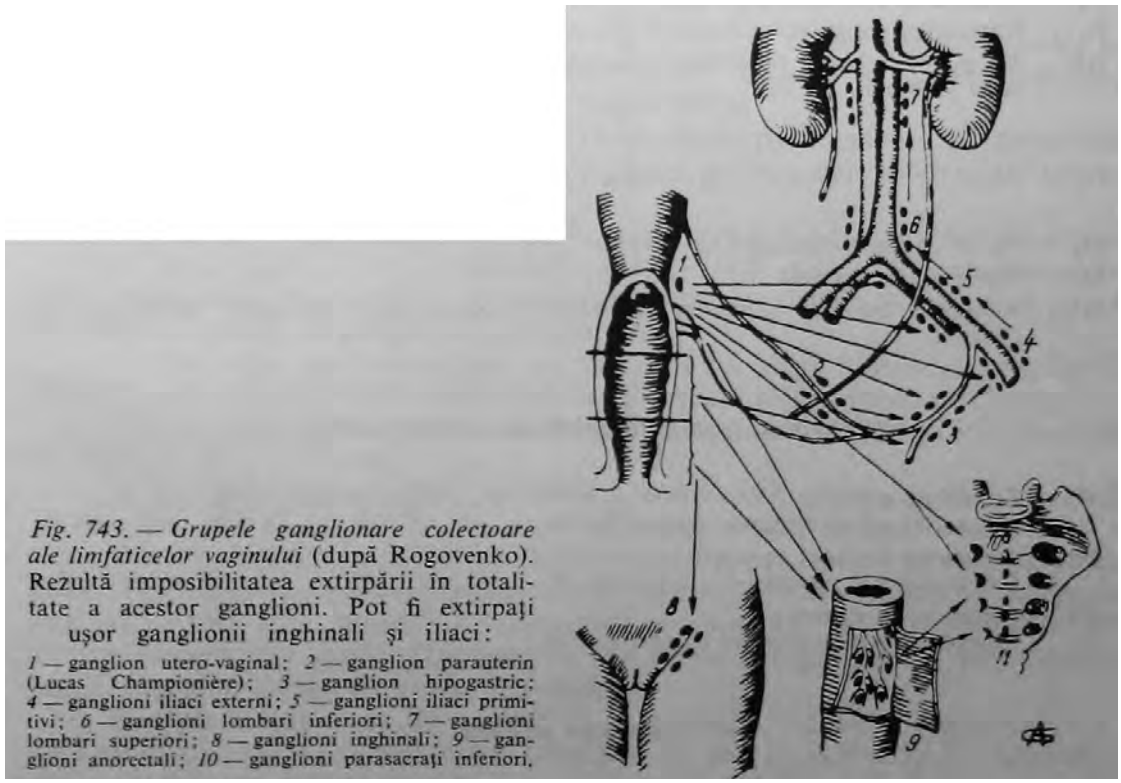


Fig. 743. — Grupele ganglionare colectoare ale limfaticelor vaginului (după Rogovenko). Rezultă imposibilitatea extirpării în totalitate a acestor ganglioni. Pot fi extirpaţi uşor ganglionii inghinali şi iliaci:
1 — ganglion utero-vaginal; *2* — ganglion parauterin (Lucas Championière); *3* — ganglion hipogastric; *4* — ganglioni iliaci externi; *5* — ganglioni iliaci primitivi; *6* — ganglioni lombari inferiori; *7* — ganglioni lombari superiori; *8* — ganglioni inghinali; *9* — ganglioni anorectali; *10* — ganglioni parasacraţi inferiori.

Ganglionii limfatici regionali (fig. 743). Două treimi superioare ale vaginului: pot fi invadaţi ganglionii pelvieni, distal de bifurcaţia aortei; treimea inferioară a vaginului: ganglionii inghinali.

Clasificarea preterapeutică — TNM

T— Tumoarea primară

Categoriile UICC	Stadiile FIGO	
Ti_s	0	Carcinom preinvaziv (carcinom in situ)
T_0	—	Tumoarea primară neevidenţiabilă
Ti	I	Tumoarea limitată la peretele vaginal
To	II	Tumoaiea interesînd ţesutul perivaginal, dar fără extensie la peretele pelvian
m	III	Tumoarea cu extensie la peretele pelvian
T_4	IV_a	Tumoarea interesînd mucoasa vezicii şi/sau rectului şi/sau cu extensie în afara pelvisului adevărat OBS.: Prezenţa edemului bulos nu este o dovadă suficientă pentru clasificarea tumorii ca T_4.
M_t	iv_b	Diseminare în organe la distanţă
TX		Nu pot fi întrunite minimum de condiţii necesare evaluării tumorii primare

N — Ganglioni limfatici regionali

N_0 — Nu se constată interesarea ganglionilor limfatici regionali;
Două treimi superioare: N_x — Interesarea ganglionilor limfatici regionali; Treimea inferioară:
Nj — Interesarea ganglionilor limfatici regionali unilateral — ganglioni mobili; Na — Interesarea bilaterală a ganglionilor limfatici regionali — ganglioni mobili; N_s — Interesarea ganglionilor limfatici bilateral — adenopatie fixată.
NX — Nu pot fi întrunite minimum de condiţii necesare pentru evaluarea ganglionilor limfatici regionali.

M — Metastaze la distanţă

M_0 — Nu se constată metastaze la distanţă; Mi — Metastaze la distanţă;
MX — Nu pot fi întrunite minimum de condiţii necesare pentru evaluarea metastazelor la distanţă.

Clasificarea hisîopatologică postchirurgicală-pTNM

pT — Tumoarea primară;

Categoriile pT corespund categoriilor T. pN — Ganglionii limfatici regionali.
Categoriile pN corespund categoriilor N. pM — Metastaze la distanţă.
Categoriile pM corespund categoriilor M.

Gruparea stadială

Stadiul I	TX	N_0	M_0
Stadiul 11	To	N_0	M_0
Stadiul III	T_3	N_0	M_0
	% T_2, T_S	N_2	M_0
Stadiul lV_a	T_4	Orice N	M_0
Stadiul IVb	Orice T	Orice N	®s

Rezumat

UICC	VAGINUL	FIGO
s	Peretele vaginal	I
Ta	Ţesutul perivaginal	II
T_a	Extensie la peretele pelvian	III
T*	Extensie la vezică/rect/în afara pelvisului adevărat	IV

LOCUL TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN CANCERELE VAGINULUI

Acesta este în funcţie de stadiul evolutiv al bolii şi de localizarea topografică. Şi-au dovedit eficienţa radioterapia şi chirurgia.

Dacă în trecut tratamentul de elecţie era cel chirurgical, în ultimii ani tratamentul radiologie şi-a demonstrat superioritatea.

De exemplu: Marcus R. şi colab. (1978) pe 31 cazuri obţin vindecări la 5 ani: în stadiul I (FIGO) 80%, în stadiul II 50%; chiar şi în stadiile înaintate III şi IV obţin rezultate excepţional de bune (50%).

Contează mult şi tipul histologic: în cancerele pavimentoase nediferenţiate (toate stadiile) obţin 56% supravieţuiri la 5 ani, în cancerele diferenţiate supravieţuirea creşte la 78%.

Tratamentul radiologie aplicat de aceşti autori a fost: — curieterapie endocavitară (endovaginală) sau interstiţială 4000—7 000 rads şi telecobaltoterapie 3000—4000 rads. In cîmpul de cobaltoterapie anterior (lat de 18 cm) erau prinşi în zona de iradiere şi ganglionii inghinali.

Complicaţiile postradioterapie au fost rare: o singură stenoză uretrală şi

2 cazuri de recto-sigmoidită rădică. Aceste complicaţii au fost rezolvate chirurgical.

Tratamentul chirurgical cu intenţie de radicalitate a fost aplicat doar la

3 bolnave din 31 tratate.

In concluzie, autorii sînt partizanii radioterapiei, chirurgia fiind utilizată de excepţie, şi mai ales în cazurile unde radioterapia nu a vindecat leziunea.

Histero-colpectomia totală cu limfadenectomia pelvisului executată în două echipe (abdominală şi perineală) este operaţia de ales în aceste cazuri. în cancerele vaginale situate spre introitul vulvo-vaginal se va asocia şi vulvectomia totală cu limfadenectomie inghinală bilaterală. Se poate ajunge pînă la pelvectomia totală în stadiul III şi IVa (forme operabile).

Rontgenterapia (raze X) nu este de recomandat, fiind o metodă învechită care nu poate realiza o concentrare suficientă de rad în tumoare. în concluzie, medicul va alege metoda de tratament aplicînd izolat radioterapia sau asociind chirurgia cu radioterapia. Hormonoterapia şi chimioterapia nu şi-au dovedit eficienţa în cancerele vaginale.

REZULTATE

în cancerele in situ vindecarea cu radiumaplicaţie este de 100%. Nu există statistici pe stadii, iar supravieţuirile la 5 ani pe toate stadiile sînt de 15—25% (Barnes P., 1972).

Pe 17 bolnave cu localizare în 1/3 superioară a vaginului, Smith C.R. (citat de Gares R.) raportează 53 % supravieţuiri la dimensiuni între 1—5 cm (prin tratament exclusiv chirurgical).

Comtial de la Institutul Curie (Paris) relatează 45,5% vindecări 1a 5 ani prin tratament exclusiv radioterapie. Smyngedauw (autori, citaţi de Gar£s R.), prezintă rezultate bune la 3—7 ani în 50%, utilizînd exclusiv tratamentele radioterapice.

Gares R., făcînd o medie a mai multor statistici (tratamente chirurgicale, radioterapice sau mixte) constată 11,2% supravieţuiri la 5 ani. Barnes Priscilla (1972) făcînd o medie a mai multor statistici americane (cu diferite tratamente) ajunge la cifra medie de 15—25% supravieţuiri la 5 ani.

Din experienţa personală am ajuns la concluzia că mai mult de 30% din bolnave nu se pot salva (toate stadiile). Dacă acum 25 de ani operam aproape toate cazurile, în prezent tratamentul chirurgical îl aplicăm rar, încredinţînd cazurile radioterapeutului.

La una din bolnavele noastre, studentă în vîrstă de 23 ani, neoplazia pornise de la resturile embrionare paravaginale (canalele Gardner); am practicat o histero- colpectomie totală în două echipe ce au operat sincron (abdominal şi perineal). Limfadenectomia pelvisului s-a executat cu minuţiozitate pînă la bifurcarea aortei. S-a efectuat, în acelaşi timp operator, o vaginoplastie cu material din recto-colon după procedeul Schubert. Evoluţia operatorie bună. Vindecare. Cobaltoterapie postoperatorie. Laparotomie de

control după un an, cînd prin limfo- grafie s-au depistat adenopatii paraaortice S-a tentat extirparea lor prin o nouă laparotomie cu iradiere consecutivă, dar bolnava a sucombat la 2 ani după prima intervenţie.

In tot acest interval starea generală a fost excelentă. Prezentăm cazul pentru a sublinia gravitatea acestor cancere şi mai ales a adenopatiei canceroase.

TRATAMENTUL ALTOR TUMORI VAGINALE

Melanoamele maligne vaginale, adenocarcinoamele mezonefrotice ale vaginului (derivate din vestigiile canalelor Wolff) şi sarcoamele se tratează după aceleaşi principii chirurgicale ca şi epitelioamele vaginului (histerocolpectomia totală cu limfadenectomie); cu toate că aceste neoplazii sînt mai radiorezistente decît epitelioamele vaginale, se va asocia tratamentul radiologie, în lipsa altor metode terapeutice mai eficiente.

în melanomul malign se poate asocia şi tratamentul chimioterapie (cu DTIC).

Corioepiteliomul vaginal beneficiază exclusiv de chimioterapie şi radioterapie (vezi capitolul Corioepiteliomul uterin).

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ŞI TEHNICILE CHIRURGICALE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI VULVAR

NOŢIUNI DE PATOLOGIE NECESARE INDICAŢIEI TERAPEUTICE

Cancerul vulvar nu este întîlnit prea frecvent (4—5% din tumorile maligne ale tractului genital). Sediul leziunii este în ordinea frecvenţei, labia mare, clitorisul, vestibulul, jumătatea posterioară (comisură).

Are o serie de *particularităţi biologice* pe care ginecologul trebuie să le aibă în vedere cînd fixează tratamentul:

1.Cancerul vulvar apare de obicei la femei în vîrstă, care au deja stări distrofice vulvare.

O statistică a Institutului Gustave-Roussy (Lacour J. şi Hourtoulle F.) arată că vîrsta medie pe 163 cazuri a fost de 62 ani, 30% din bolnave depăşind 70 ani.

Stările distrofice vulvare ce preced sau coexistă cu leziunea canceroasă sînt: pruritul, atrofia şi uscăciunea vulvară, leucoplazia şi kraurozisul vulvar. Deseori se constată o lipsă de igienă locală. Starea generală a acestor paciente este afectată uneori de: obezitate, diabet, ateroscleroză cu hipertensiune arterială şi tulburări în irigaţia miocardului, scleroză renală şi alte boli cronice.

Toţi aceşti factori (locali şi generali) vor fi luaţi în consideraţie cînd fixăm indicaţia terapeutică şi tratamentul de ales: chirurgical radical, radioterapie, hormonal, chimioterapie, şi modul lor de asociere.

2.Cancerul vulvar este limfofil şi invadează ganglionii limfatici regionali. Cele mai frecvente cancere vulvare sînt epitelioamele spino-celulare (în ordinea frecvenţei: epitelioamele spino-celulare, bazocelulare şi adenocarcinoame); sar- coamele sînt foarte rare, melanomul malign este întîlnit în 2—3% din cancerele vulvare.

De aici şi rata crescută a diseminării limfatice, de obicei în ganglionii limfatici inghinali homolaterali. Deoarece după exerezele chirurgicale limitate apar deseori noduli canceroşi de permeaţie în tegumentele regiunii suprapubiene se consideră că diseminarea (permeaţia) limfatică interesează şi capilarele limfatice din zona muntelui lui Venus (pediculul limfatic superior Basset) fapt ce obligă la extirparea (sau iradierea) ţesutului grăsos suprapubian. Uneori se prind şi ganglionii inghinali controlaterali leziunii primare, de aici obligativitatea controlării şi a

acestor ganglioni; limfofilia fiind accentuată, bariera limfatică a ganglionilor inghinali este rapid depăşită, neoplazia puţind invada ganglionii limfatici iliaci externi şi obturatorii mergînd progresiv spre ganglionii paraaortici. Din cauza panicu- lului adipos inghinal şi a topografiei lor subfasciale (fascia cribriformis a coapsei), ganglionii inghinali cancerizaţi sînt greu de descoperit prin palpare în fazele incipiente, iar cei pelvieni imposibil de decelat cînd sînt de mici dimensiuni. Limfografia poate fi deseori de mare ajutor în aprecierea invaziei canceroase ganglionare.

3. Cancerul vulvar este deseori pluricentric.

J. Lacour şi F. Hourtoulle au constatat plurifocalitatea cancerelor vulvare în 20% pe un lot de 248 cazuri; multe din aceste focare sînt inaparente clinic şi apreciate doar prin examinarea microscopică a secţiunilor seriate a pieselor recoltate prin vulvectomiile largi. La aceleaşi concluzii (plurifocalitate) au dus şi studiile lui Green, Ulfelder şi Meigs (citaţi de Lacour).

Pentru toate aceste motive mulţi specialişti (în special cei de la Institutul Gustave-Roussy din Paris) consideră că terapeutica ideală de recomandat în cancerele vulvare ar fi vulvectomia totală cu evidare ganglionară inghinală homo- laterală sau bilaterală în monobloc.

Experienţa noastră ne face să fim mai rezervaţi asupra acestei indicaţii terapeutice categorice, chiar pentru cancerele considerate radical operabile. Deoarece vulvectomia totală cu limfadenectomie inghinală bilaterală este o operaţie gravă nu atît prin amploarea actului operator, cît mai ales prin sechele, vom reflecta bine asupra respectării acestei indicaţii de radicalism chirurgical excesiv, recurgînd la avantajele tuturor metodelor terapeutice propuse: chirurgie, radioterapie, chimioterapie şi hormonoterapie. Deoarece indicaţia terapeutică ţine în primul rînd de stadiul clinic al bolii, vom prezenta cea mai recentă clasificare stadială TNM preconizată de UICC (1978).

CLASIFICAREA STADIALĂ TNM A CANCERULUI VULVAR (ICD-O 184.4)

Clasificarea 1978 (Recunoscută de CNC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)

Reguli de clasificare. Clasificarea este aplicabilă doar la carcinom. Este obligatorie verificarea histologică a bolii pentru a permite gruparea cazurilor în funcţie de tipul histologic. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat.

Condiţiile necesare minime pentru evaluarea categoriilor T, N şi M sînt următoarele:

Categoriile T: Examinare clinică, endoscopie şi radiografie.

Categoriile N: Examinare clinică şi radiografie.

Categoriile M: Examinare clinică şi radiografie. (Cind aceste condiţii nu slnt Întrunite se folosesc simbolurile T», N*. Mj).

Ganglionii limfatici regionali sînt ganglionii inghinali iliaci externi şi hipogastrici.

Clasificarea clinică preterapeutică TNM

T— Tumoarea primară

Categoriile UICC	Stadiile FIGO	
Tis	0	Carcinomul preinvaziv (carcinomul in situ)
T_0	—^	Tumoarea primară neevidenţiată
T_X	I	Tumoarea limitată la vulvă, cu diametrul maximum pînă la 2 cm.
TO	II	Tumoarea limitată la vulvă, mai mare de 2 cm în diametrul său maxim
T_3	III	Tumoarea de orice dimensiune, cu extindere la uretra inferioară şi/sau vagin sau perineu sau orificiul anal
T_4	IV (parţial)	Tumoarea de orice dimensiune cu extensie la uretra superioară şi/sau mucoasa vezicii sau rectului sau fixată la peretele pelvian.
MX	IV (parţial)	Diseminare în organe la distanţă
TX	—	Nu s-au întrunit minimum de condiţii necesare pentru evaluarea tumorii primare

N — Ganglionii limfatici regionali

N_0 — Ganglionii limfatici regionali neinteresaţi;
Nj — Interesarea unilaterală a ganglionilor limfatici regionali, care sînt mobili;
N_a — Interesarea bilaterală a ganglionilor limfatici regionali, care sînt mobili;
N_3 — Interesarea ganglionilor limfatici regionali care sînt fixaţi;
NX — Nu sînt întrunite un minimum de condiţii necesare evaluării ganglionilor limfatici regionali.

M — Metastaze la distanţă

M_0 — Nu se constată metastaze la distanţă;
M_x — Metastaze la distanţă prezente;
MX — Nu sînt întrunite un minimum de condiţii necesare evaluării prezenţei metastazelor la distanţă.

Clasificarea histopatologică postchirurgicală—pTNM

pT — Tumoarea primară
Categoriile pT corespund categoriilor T.
pN — Ganglionii limfatici regionali
Categoriile pN corespund categoriilor N.
pM — Metastaze la distanţă
Categoriile pM corespund categoriilor M.

	Gruparea stadială		
Stadiul I	Ti	N_0	Mo
Stadiul 11	To	N_0	M_0
Stadiul III	T;	N_0	M_0
Stadiul IVa	T_{lt} T, fi	N_{lf} N_a H N;, H	Mo Mo
Stadiul IVb	Orice T Orice T	§| Orice N	M_0 El

Rezumai

UICC	VULVA	FIGO
Tx	< 2 cm	I

T„	> 2 cm	II
T,	Uretra inferioară/vagin/perineu/anus	III
T.	Uretra superioară/vezică/rect/pelvis	IV (parţial)
N»	Unilateral/mobil	—
N,	Bilateral/mobil	—
N»	Fixat	—

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ

în afară de stadiul clinic al bolii, în fixarea indicaţiei terapeutice trebuie să ne conducem şi de alţi factori asociaţi bolii, factori de ordin general şi local. Prezentăm factorii care orientează indicaţia terapeutică.

1.Tratamentul chirurgical va fi preferat tratamentului radiologie ori de cîte ori situaţia bolnavei permite.

Trebuie avut în vedere că tratamentul chirurgical radical (vulvectomie totală lărgită cu chiuraj limfatic inghinal bilateral) creează numeroase servituţi: mutilează genital bolnava, avînd implicaţii serioase psihologice, dacă bolnava este în plină activitate genitală. Uneori apar edeme cronice dureroase ale membranelor inferioare.

2.Femeile în vîrstă acceptă mai uşor operaţia radicală, dar coexistenţa unor boli ca diabetul, ischemia cardiacă, obezitatea excesivă, scleroza renală etc. obligă chirurgul la reflectarea asupra riscului operaţiilor hiperlărgite sau pune în discuţie optarea pentru tratamente radiologice: radiumpunctura leziunii canceroase (sau folosirea acelor de Cesiu, tantal radioactiv) în leziuni de mici dimensiuni sau radioterapie după care se va recurge la o vulvectomie parţială de asanare, practicîndu-se electroexcizia largă a leziunii canceroase restante.

3.Dacă bolnava prezintă un cancer apărut pe o distrofie vulvară (prurit, leucoplazie, kraurozis) unde există posibilitatea maximă de cancere multifocale, vulvectomia totală este singurul tratament indicat.

4.în exereză vulvară bisturiul electric este de preferat bisturiului « alb» chirurgical.

5.în cancerele incipiente monolezionale, fără leziuni distrofice asociate, noi am practicat cu succes şi hemivulvectomia parţială (cu bisturiul electric).

6.Dacă nu există adenită palpabilă clinic sau suspectă limfografic nu se vor extirpa ganglionii inghinali. Bolnava va fi dispensarizată şi prin controale periodice se va vedea dacă nu apar postoperator adenopatii, situaţie care impune limfadenectomia.

7.Adenopatia inghinală poate fi bine rezolvată prin limfadenectomie largă (exereză chirurgicală).

8.Radioterapia de megavoltaj (bomba de cobalt, accelerator linear) poate steriliza bine adenopatiile canceroase inghinale şi pelviene (homo- şi controlaterale). Atunci cînd nu putem efectua limfadenectomia asociată vulvectomiei din cauza unor boli asociate, vom recurge la radioterapia de megavoltaj, evitînd pe cît posibil radioterapia cu aparatele obişnuite de 250 kV, mult mai puţin eficientă.

9.Dacă ganglionii invadaţi neoplazic şi extirpaţi erau de volum mare sau prezentau spargerea capsulei ganglionare prin extinderea procesului canceros (« periadenită neoplazică») radioterapia postoperatorie este obligatorie pentru a preveni recidivele inghino-iliace.

10. Atît aplicarea curieterapiei (implantarea în leziune a acelor de radium, iridiu, tantal, cesiu etc.) cît şi radioterapia externă cu megavoltaj trebuie făcută de specialişti bine antrenaţi în aceste practici, deoarece aplicată incompetent şi excesiv, poate determina radionecroze şi radiodistrofii tegumentare dureroase, greu de operat sau pansat şi dificile în ce priveşte întreţinerea igienei locale. Vulva este extrem de sensibilă la radiaţii şi radioepitelita apare foarte uşor.

Trebuie atras atenţia bolnavelor care efectuează tratamente radioterapice că în timpul tratamentului sau imediat după terminarea lui vor exista temporar fenomene trecătoare de radioepitelită, chiar atunci cînd iradierea a fost corect efectuată.

11. La început am practicat, cînd era cazul, vulvectomia totală lărgită în monobloc cu limfadenectomie inghinală bilaterală (aşa cum recomandă mulţi autori). Deoarece într-un caz operat astfel, postoperator a apărut o gangrenă gazoasă ce s-a extins necrozînd tegumentele abdominale şi ale coapsei, complicaţie explicată prin existenţa unui microbism agresiv al leziunii vulvare, am renunţat la exereză monobloc. Efectuăm vulvectomia totală largă ca prim timp şi după 2—3 săptămîni cînd septicitatea agresivă a dispărut, practicăm limfadenectomia mono- sau bilaterală, după cum este cazul.

12. Insistăm asupra dispensarizării obligatorii a pacientelor operate (mai ales cele operate mai economic, sau fără limfadenectomie) pentru a surprinde şi trata recidivele în faza incipientă. în caz de recidivă, operaţia ultraradicală se impune; atunci cînd există contraindicaţie operatorie se va apela la radioterapia de megavoltaj.

Controalele postoperatorii se vor face tot la 6 luni şi bolnavele vor fi educate să se controleze la ginecologul teritorial care trebuie să fie instruit în probleme oncologice.

La bolnavele care nu înţeleg seriozitatea şi importanţa dispensarizării, se va practica de la început operaţia radicală renunţîndu-se la posibile operaţii mai economice.

13. Tratamentul hormonal (estrogeni de sinteză) aplicat atît local (creme, unguente) cît şi general (tablete) devine obligator la femeile în vîrstă, care au şi leziuni distrofice asociate. Aportul tratamentului hormonal este foarte important pentru refacerea troficităţii ţesuturilor vulvare.

14. Dintre citostatice, Bleomicina s-a dovedit a fi eficientă, mai ales în epi- telioamele spino-celulare. Tratamentul citostatic, avînd servituţi, trebuie condus de un oncolog familiarizat cu problemele chimioterapiei.

în concluzie, indicaţia terapeutică este diferită de la caz la caz, condu- cîn^u-se după două principii majore:

— în cazurile incipiente tratamentul chirurgical radical este de preferat;

— cazurile în stadii avansate (stadiul III, IV) beneficiază de tratamentul radiologie asociat cu exereză chirurgicală limitată (electroexcizie).

Criteriile cele mai importante de opţiune pentru unul din tratamente sau asocierea lor, sînt reprezentate de stadiul clinic al bolii, vîrsta bolnavei şi bolile generale coexistente.

PREGĂTIRILE PREOPERATORII

Cancerele vulvare sînt infectate, existînd şi o bogată floră anaerobă. Pentru a evita gravele complicaţii septice postoperatorii (ce pot merge pînă la gangrena extensivă a tegumentelor) se va reduce microbismul local prin: a) igiena îngrijită a regiunii (băi calde cu ceai de muşeţel, irigaţii vaginale); b) încercarea de asep- tizare a leziunii prin pudrarea cu sulfamidă pulbere, antibiotice sau creme cu antibiotice (atenţie la tolerabilitatea locală); c) stimularea troficităţii ţesuturilor vulvare prin administrare (local creme şi general tablete) de estrogeni de sinteză (sintofolin) preoperator (7—10 zile) şi postoperator pe o perioadă lungă de timp (mai ales la femeile aflate în post-menopauză); d) stimularea sistemului reticulo-histiocitar prin administrarea de Polidin şi cantităţi mici de vaccin polimicrobian Delbet. Tot acest tratament preoperator va începe cu aproximativ 10 zile preoperator.

Cu 6 zile preoperator se va începe şi prepararea tubului digestiv (asepti- zare) descrisă la implantarea ureterelor în colon (tehnica Coffey).

TEHNICI OPERATORII UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI VULVAR

Vom prezenta următoarele tehnici (preconizate de J. Lacour şi F. Hour- toulle):

I. Vulvectomia totală simplă şi variantele ei în funcţie de sediul tumorii:

1.Tumoarea este situată pe o labie.

2.Tumoarea depăşeşte labia şi se extinde pe tegumentele coapsei.

3.Tumoarea este în vecinătatea meatului urinar.

4.Tumoarea interesează comisura posterioară vulvară şi infiltrează şi sfincterul anal.

II. Limfadenectomia inghino-crurală.

III. Vulvectomia totală cu limfadenectomie bilaterală.

I. VULVECTOMIA TOTALĂ SIMPLĂ ŞI VARIANTELE EI 1.JVULVECTOMIA TOTALĂ SIMPLĂ PENTRU CANCERELE SITUATE PE O LABIE

Poziţia bolnavei şi a chirurgului: Pacienta în poziţie ginecologică ,* chirurgul aşezat pe scaun şi două ajutoare în picioare (în dreapta şi stînga) (fig. 744).

1. Incizia va fi începută cu bisturiul alb şi va ocoli vulva, depăşind cu 2 cm leziunea canceroasă (apreciată prin palpare digitală) în afara şi înăuntrul ei (zona de securitate peritu morală).

Incizia externă (fig. 745) va ocoli vulva, trecînd în afara marilor labii, nu prea departe înafara liniei cutaneo-mucoase, ocoleşte baza clitorisului şi depăşeşte cu cîţiva milimetri comisura posterioară.

în afară de tegumentele şi mucoasa vaginală din jurul leziunii, care trebuie extirpate cu o zonă de securitate suficient de largă, nu se vor exciza excesiv de larg tegumentele perivulvare, pentru a nu se crea dificultăţi în refacerea postoperatorie prin suturi ale regiunii vulvare. Dacă la sfîrşitul operaţiei tegumentele sînt în exces se va exciza atunci excesul tegumentar.

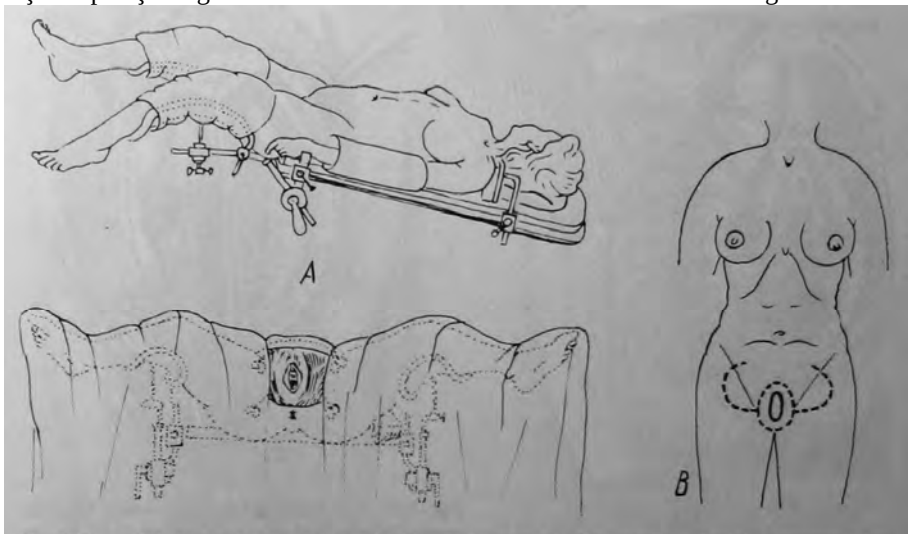


Fig. 744. — Tehnica vulvectomiei totale (după Lacour şi Hourtoulle). Incizia tegumentelor pentru extirparea totală a vulvei. Poziţia permite şi extirparea în bloc a ganglionilor inghinali (bilaterali).

Incizia internă va trece pe mucoasa vaginală imediat înăuntrul introitului vaginal, excizîndu-se ceva mai larg din vagin numai în dreptul leziunii canceroase.

2. Decolarea lambourilor şi celulectomia largă subcutanată se efectuează cu bisturiul electric (avantaje mari în hemostază), renunţîndu-se la bisturiul « alb» (bisturiul obişnuit).

Grăsimea suprasimfizară va fi extirpată larg, deoarece este parcursă de limfatice ce pot fi încărcate cu celule canceroase (fig. 746).

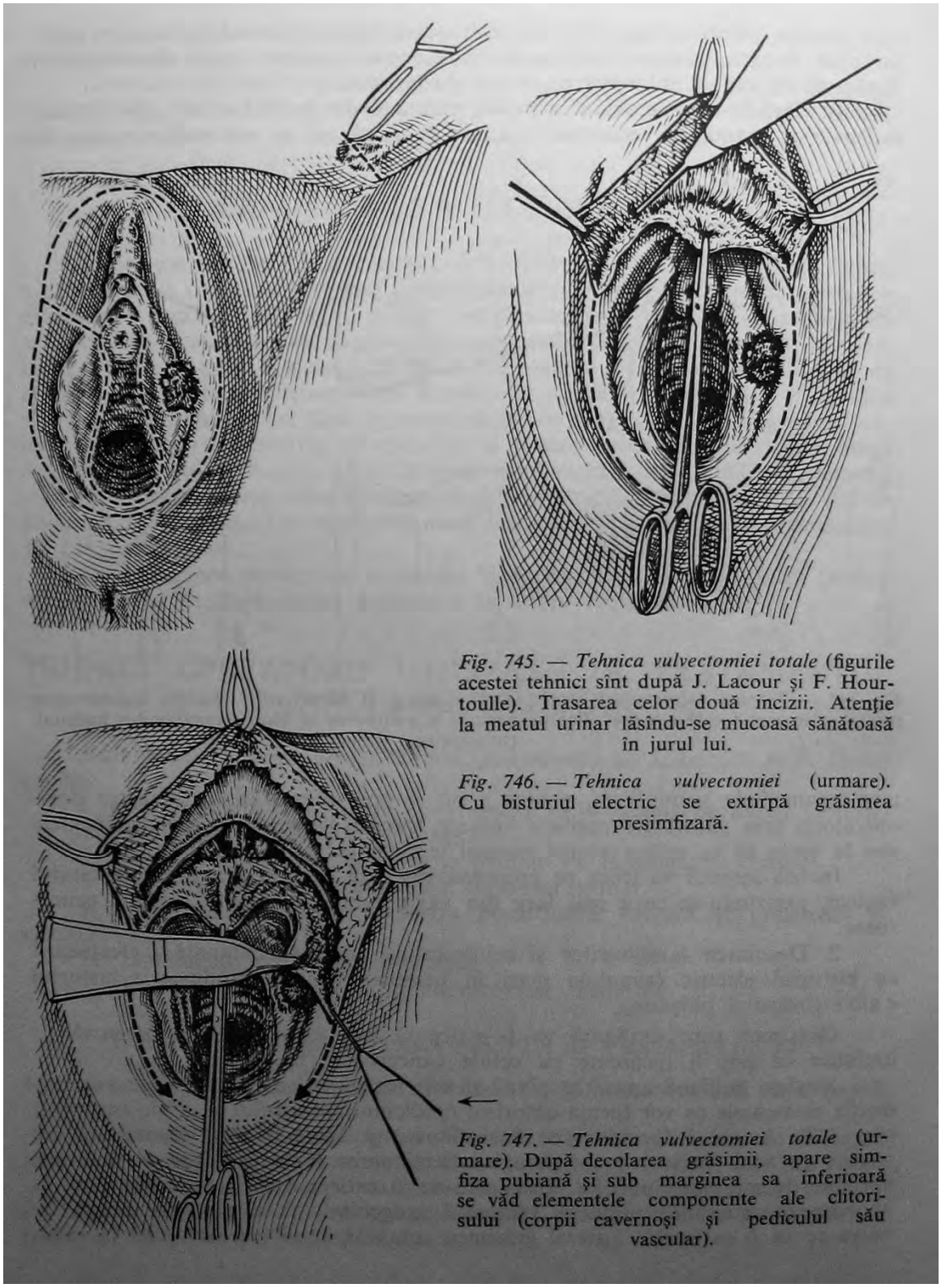


Fig. 745. — Tehnica vulvectomiei totale (figurile acestei tehnici sînt după J. Lacour şi F. Hourtoulle). Trasarea celor două incizii. Atenţie la meatul urinar lăsîndu-se mucoasă sănătoasă în jurul lui.

Fig. 746. — Tehnica vulvectomiei (urmare). Cu bisturiul electric se extirpă grăsimea presimfizară.

Fig. 747. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). După decolarea grăsimii, apare simfiza pubiană şi sub marginea sa inferioară se văd elementele componente ale clitorisului (corpii cavernoşi şi pediculul său vascular).

Simfiza pubiană apare în plagă şi sub marginea sa inferioară se vor evidenţia elementele ce vor forma clitorisul (pediculul clitorisului şi corpii cavernoşi (fig. 747). Aceste 3 formaţii vor fi secţionate şi legate în mod separat cu fire trecute cu acul (pericol de hemoragie). Secţionarea lor se va face cît mai sus, aproape de marginea pubelui. Grăsimea va fi extirpată în profunzime pînă la aponevroza muşchilor perineali (planşeul urogenital) şi va rămîne^ ataşată de vulva ce va fi extirpată. Lateral grăsimea cutanată va fi disecată pînă la rădăcina coapsei (plică dintre coapsă şi perineu) iar posterior disecţia **va merge pînă** la sfincterul anal, care va fi bine evidenţiat spre a fi menajat. **Pentru** a se uşura extirparea grăsimii subcutanate din această regiune **a perineului** posterior, se va decola peretele posterior vaginal de rect (disecţia **prin septul** recto-vaginal) pe cîţiva centimetri (fig. 748).

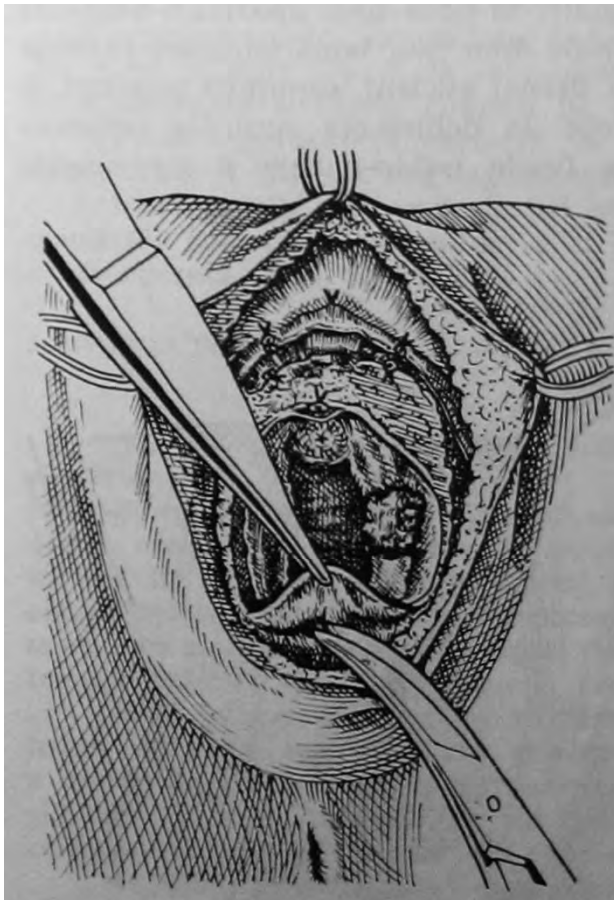


Fig. 748. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). Se extirpă cît mai larg întreaga grăsime perivulvară. Atenţie la disecarea septului vulvo-vagino-rectal.

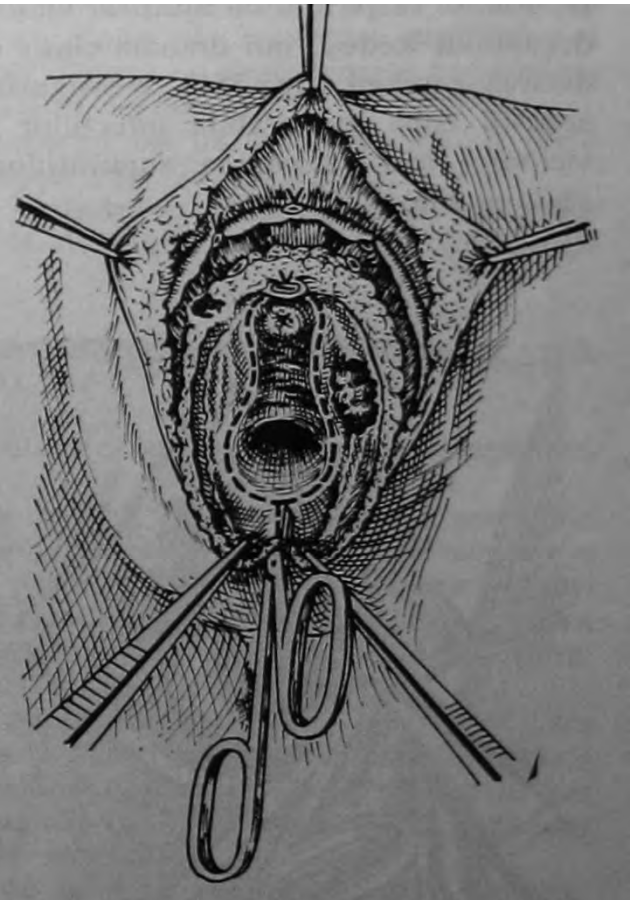


Fig. 749. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). După ce vulva a fost eliberată de jur împrejur şi s-a mers în profunzime cu disecţia pînă la planul muscular al perineului, se secţionează inelul vulvar pentru a se putea trece la secţionarea şi separarea vulvei de vagin.

3. Vulvectomia propriu-zisă este realizată de fapt prin terminarea timpului precedent. Pentru uşurarea acestui timp J. Lacour şi F. Hourtoulle recomandă întreruperea inelului vulvar prin secţionarea lui dinăuntru înafară (fig. 749, linia punctată). Odată vulvectomia terminată se acordă o atenţie deosebita (exagerată chiar) hemostazei (fig. 750).

4. Refacerea unei noi vulve prin sutura tegumentelor la marginile vaginului. Sutura se începe de sus în jos (fig. 751) după ce s-a terminat reajustarea prin excizie a marginilor cutanate.

O atenţie specială se va acorda suturilor dintre tegumente şi mucoasa păstrată în jurul meatului urinar, pentru a se păstra permeabilitatea uretrei.

în continuare tegumentele se vor sutura la marginile vaginului, respectîndu- se simetria.

5. Drenajul plăgii va fi bine asigurat. Lacour drenează utilizînd metoda H. Redon (aspiraţia cu ajutorul vidului reglat); în lipsa unei aparaturi adecvate drenajului Redon, noi drenăm clasic cu tub de dren (sau lamă cauciuc) în zona declivă a plăgii (fig. 751). Neasigurînd un drenaj eficient, supuraţia instalată în această zonă vulnerabilă infecţiilor va duce .la dehiscenţa suturilor (cicatrici vicioase) sau extinderea supuraţiilor spre fosele ischio-rectale şi tegumentele abdominale.

6. Drenajul vezicii urinare este obligatoriu; sonda vezicală tip Foley (cu balonaş) este cea mai indicată. Se va acorda o atenţie deosebită menţinerii permeabilităţii sondei şi a asepsiei drenajului vezical.

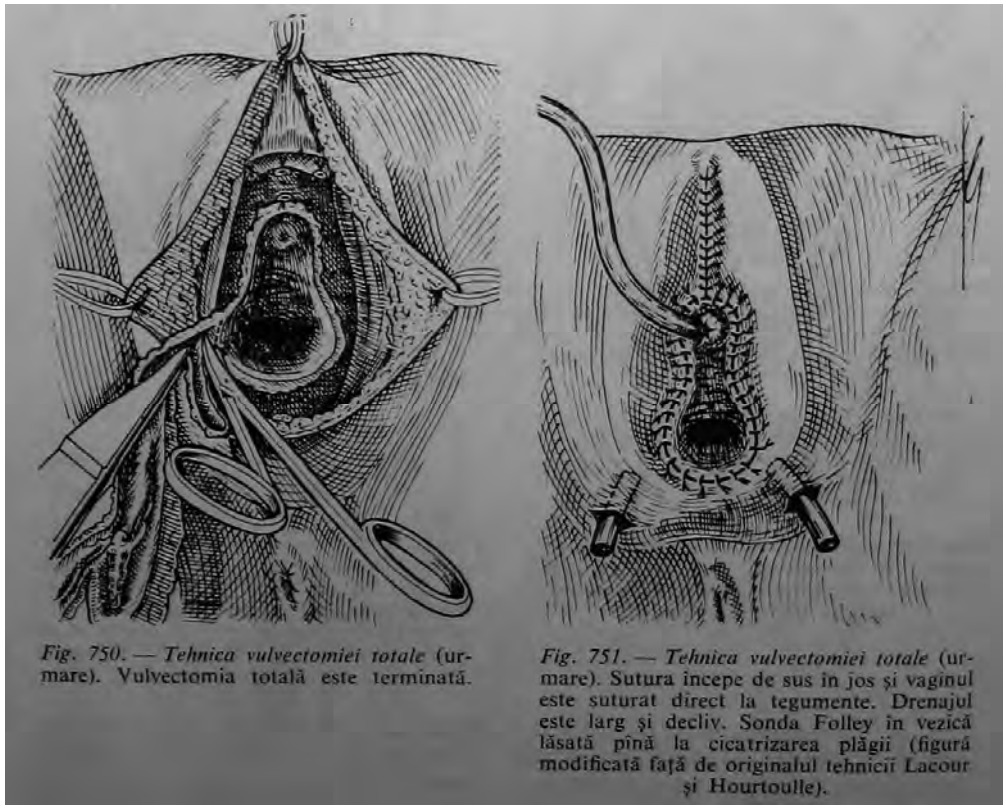


Fig. 750. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). Vulvectomia totală este terminată.

Fig. 751. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). Sutura începe de sus în jos şi vaginul este suturat direct la tegumente. Drenajul este larg şi decliv. Sonda Folley în vezică lăsată pînă la cicatrizarea plăgii (figură modificată faţă de originalul tehnicii Lacour şi Hourtoulle).

2. VULVECTOMIA TOTALĂ PENTRU CANCERELE CE DEPĂŞESC LABIA ŞI SE EXTIND SPRE TEGUMENTELE COAPSEI

în aceste cazuri în care leziunea neoplazică depăşeşte lateral vulva, operaţia propriu-zisă de exereză vulvară va fi completată cu o operaţie plastică de refacere a tegumentelor coapsei.

La exereză vulvară efectuată după tehnica prezentată, se va include şi exereză tegumentelor cancerizate (fig. 752 a). Zona ale securitate tegumentară din jurul tumorii va fi de minimum 2 cm. Odată cu tegumentele cancerizate va fi extirpată şi fascia coapsei pe care stătea leziunea.

Zona tegumentară excizată va fi acoperită cu un lambou cutanat pediculat, croit şi răsfrînt din tegumentele coapsei (fig. 752 b şi c).

Deoarece în asemenea cazuri extinse limfadeneciomia inghinală este recomandată, pedicului lamboului va fi croit la distanţă de regiunea inghinală ce va fi operată (vezi fig. 752 a).

3. VULVECTOMIA PENTRU CANCERELE VULVARE CE INTERESEAZĂ ŞI MEATUL URETRAL

Această situaţie rar întîlnită ridică grele probleme de indicaţie terapeutică şi tratament.

O vulvectomie largă care ar sacrifica meatul urinar şi o mare parte din uretră creează o infirmitate fie prin posibilă stenoză a tranşei de secţiune a uretrei, fie prin rezecarea unei prea mari părţi din uretră. în asemenea cazuri continenţa este păstrată prin respectarea sfincterului vezico-uretral, dar urinarea se va face nevoit prea sus în vagin. Acest fapt inerent rezecţiei parţiale a uretrei impune măsuri speciale de igienă (spălături) după fiecare micţiune.

în 4 cazuri de cancere vulvare cu interesarea meatului uretral pe care le-am avut de rezolvat, am procedat, în 2 cazuri la care invazia neoplazică a uretrei era incipientă, la vulvectomia totală, extirpînd totodată meatul urinar şi 1 cm din uretră, în bloc cu un coleret vaginal (perete anterior); am terminat operaţia suturînd tegumentele la marginile vaginului.

Uretra nu am suturat-o pe tranşele de secţiune vagino-cutanate suturate, fiindcă s-ar fi stenozat, chiar dacă menţineam pe loc o sondă uretrală.

Pentru a evita stenozarea uretrei, am mobilizat-o pe 1 cm şi am implantat-o în vagin, perforînd peretele anterior al vaginului la 1 cm deasupra tranşei de secţiune a vaginului (fig. 753) marginile uretrei au fost suturate cu fir atraumatic la peretele vaginal. Tegumentele au fost suturate la marginile vaginului. Cu toate că plaga de vulvectomie a supurat şi s-a desfăcut, uretra implantată cu 1 cm mai sus în vagin, nu a fost interesată de procesul supurativ şi nu s-a stenozat. Micţiunile s-au făcut în bune condiţiuni, pacientele trebuind să-şi menţină prin spălături igiena locală. La celelalte 2 paciente, pentru a evita vulvectomia, şi rezecţia uretrei terminale, am recurs la tratamentul radioterapie al neoplaziei: iradiere la bomba de cobalt şi plesicurieterapie cu ace de ytriu radioactiv aplicate direct pe leziunea neoplazică.

Procesul canceros fiind de mici dimensiuni s-a vindecat numai prin tratamentul radioterapie evitîndu-se operaţia mutilantă a vulvectomiei şi rezecţiei de uretră.

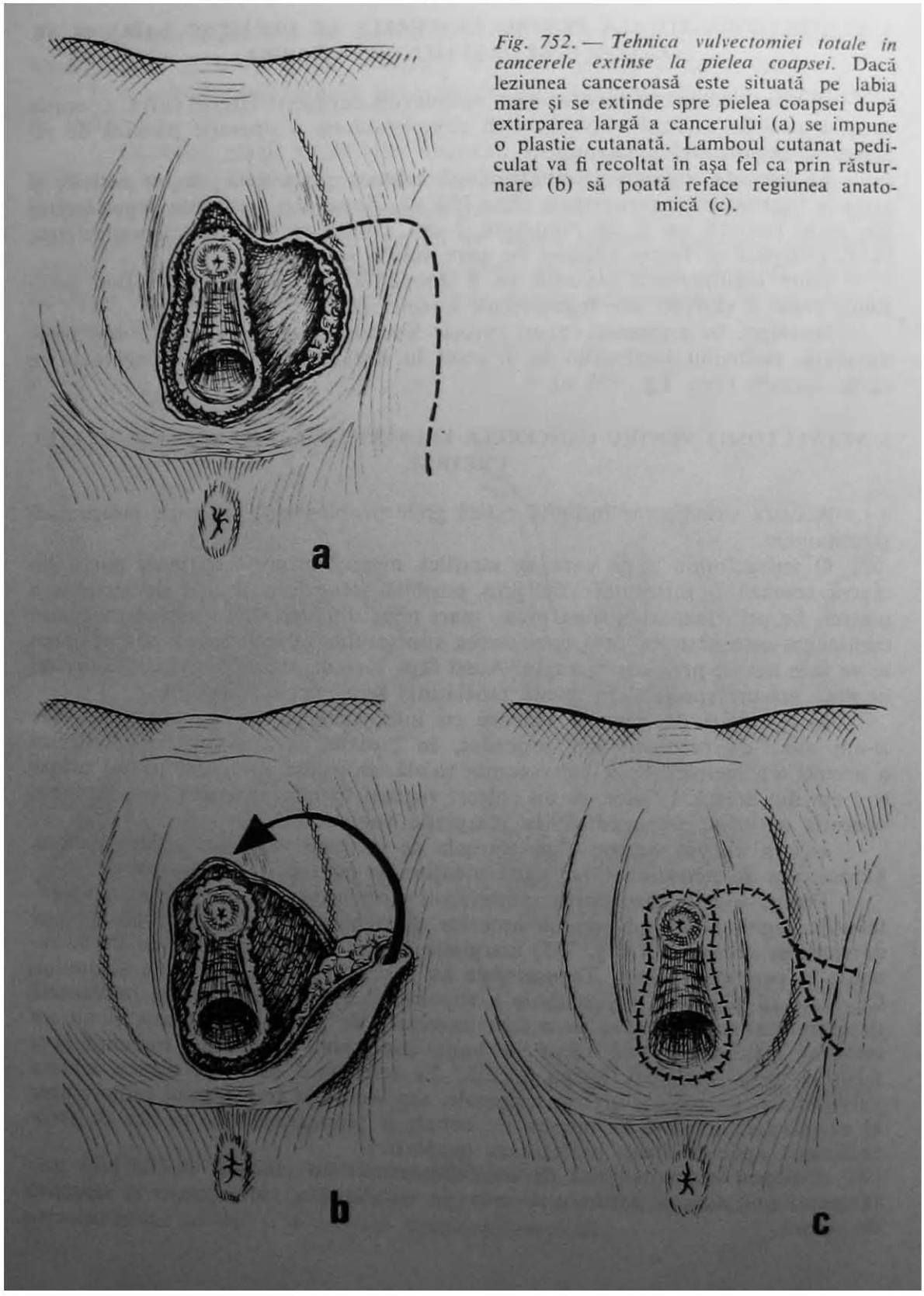


Fig. 752. — Tehnica vulvectomiei totale în cancerele extinse la pielea coapsei. Dacă leziunea canceroasă este situată pe labia mare şi se extinde spre pielea coapsei după extirparea largă a cancerului (a) se impune o plastie cutanată. Lamboul cutanat pediculat va fi recoltat în aşa fel ca prin răsturnare (b) să poată reface regiunea anatomică (c).

Personal nu am experienţa plastiilor de uretră (procedeul Martius) dar nu pot vedea reuşita ei în cazul unei vulvectomii totale pentru cancer cu sacrificarea uretrei.

4. VULVECTOMIA TOTALĂ PENTRU CANCERELE COMISURII POSTERIOARE CE INFILTREAZĂ SFINCTERUL ANAL

Este o veritabilă « exenteraţie» pe cale perineală, deoarece pe lîngă extirparea vulvei după tehnica expusă deja, va trebui să extirpăm aparatul sfinc- terian rectal, rectul inferior şi grăsimea foselor ischio-rectale.

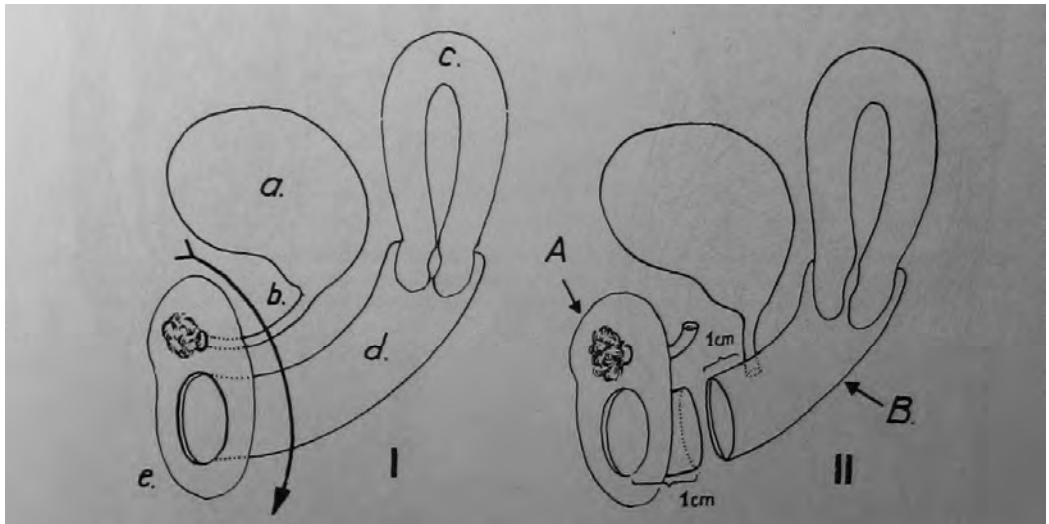


Fig. 753. — Tehnica implantării uretrei în vagin în cazul vulvectomiilor totale cu sacrificarea meatului uretral (Chiricuţă):

I — Schema anatomiei regiunii: *a* — vezica urinară; *b* — uretra; *c* — uterul; *d* — vaginul; *e* — vulva. Săgeata indică linia de secţiune a uretrei şi vaginului (la 1 cm deasupra introitului vulvo-vaginal). *II* — *A* — Piesa extirpată cuprinde: vulva, meatul urinar, o mică porţiune din uretra terminală şi 1 cm din vagin. *B* — Implantarea uretrei în vagin după perforarea peretelui anterior vaginal. La marginea de secţiune a vaginului s-au suturat tegumentele. Bolnava urinează de fapt în vagin.

Este o operaţie de mari proporţii care cere o pregătire specială a colonului şi o echipă operatorie din care chirurgul familiarizat în chirurgia rectului nu trebuie să lipsească.

Intervenţia are doi timpi operatori bine distincţi.

Timpul I. Crearea unui anus iliac stîng definitiv (timp aseptic).

Timpul II. Vulvectomia totală extirpîndu-se totodată şi rectul inferior, în bloc cu sfincterul anal (timp septic).

Aceşti timpi pot fi şi inversaţi, adică anusul iliac stîng poate deveni timpul doi al operaţiei, aşa cum procedează J. Lacour. Fiind două operaţii diferite dintre care una este septică, asepsia va fi riguros respectată prin schimbarea întregului echipament (mănuşi, halate) şi a instrumentarului, la fiecare operaţie în parte.

Timpul I. Crearea unui anus iliac stîng definitiv.

Bolnava întinsă pe masa de operaţie; se face incizia clasică în fosa iliacă stîngă (similară cu cea pentru apendicectomie) şi se pătrunde în cavitatea peritoneală. Se prinde cu o pensă fără dinţi ansa mobilă a colonului sigmoid, care se exteriorizează. Anusul definitiv se poate face pe baghetă (« anus cu pinten») sau în «ţeavă de puşcă», fiecare extremitate a colonului secţionat cosîndu-se în mod izolat la perete, sau capătul de jos al colonului va fi închis prin sutură şi abandonat în abdomen (fig. 754). Pentru detalii a se vedea capitolul referitor la anusul contra naturii (pag. 1026 şi fig. 788)

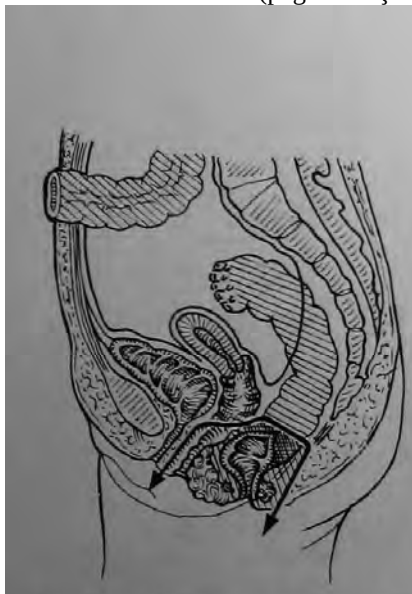


Fig. 754. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (după Lacour şi Hourtoulle).

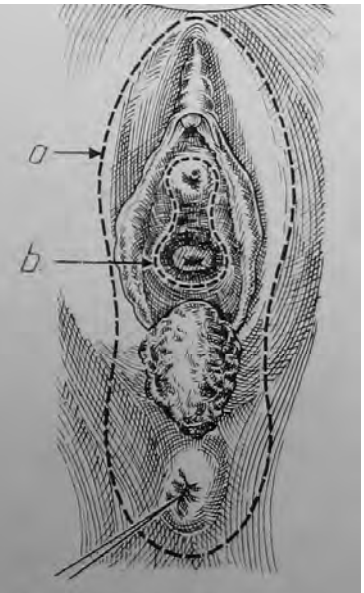


Fig. 755. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (continuare). Conturul inciziilor (a, b).

Timpul II. Vulvectomia totală şi extirparea în totalitate a rectului inferior, cu sfincterul invadat de cancer.

Bolnava în poziţie ginecologică.

Atragem atenţia asupra unor timpi operatori mai deosebiţi: anusul va fi închis în bursă cu un fir de aţă groasă, iar incizia externă a tegumentelor pentru vulvectomie va ocoli la distanţă anusul (ca în cancerul anal) (fig. 755). Firul bursei de închidere va fi păstrat lung şi pensat. Prin tracţiuni laterale el ne va ajuta în efectuarea amputaţiei rectale.

După secţionarea grăsimii foselor ischio-rectale, de o parte şi de alta a rectului (la orele 3 şi 9) se vor individualiza vasele hemoroidale inferioare, care vor fi secţionate şi legate cu atenţie (fig. 756).

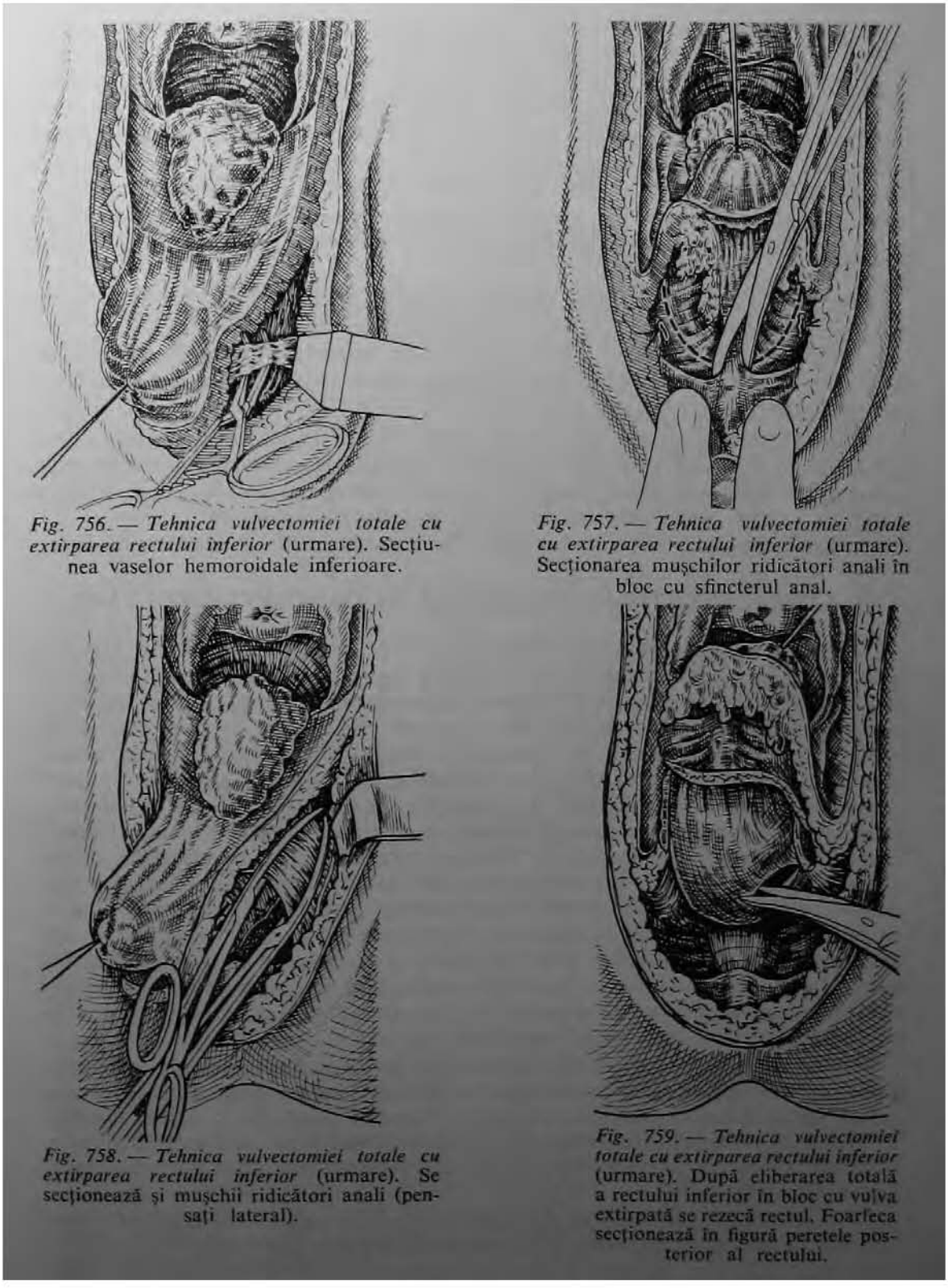


Fig. 756. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). Secţiunea vaselor hemoroidale inferioare.

Fig. 757. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). Secţionarea muşchilor ridicători anali în bloc cu sfincterul anal.

Fig. 758. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). Se secţionează şi muşchii ridicători anali (pensaţi lateral).

Fig. 759. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). După eliberarea totală a rectului inferior în bloc cu vulva extirpată se rezecă rectul. Foarfeca secţionează în figură peretele posterior al rectului.

Se pătrunde apoi retro-rectal în spaţiul recto-sacrat prin secţionarea rafeului median dintre muşchii ridicători anali şi coccis (fig. 757). Muşchii ridicători anali vor fi bilateral secţionaţi cît mai lateral între pense, de jos în sus (fig. 758).

Decolarea muşchilor cu indexul uşurează manevrele. După decolarea şi izolarea posterioară şi laterală a rectului se va trece la efectuarea inciziei interne (notată cu b în fig. 755) a vulvectomiei. Cînd ne apropiem de comisura posterioară, incizia nu va mai trece

în apropierea introitului şi va urca ascendent pe feţele laterale ale vaginului, ocolind infiltraţia peretelui posterior vaginal la 2—3 cm deasupra leziunii tumorale vulvare, palpată între două degete (vezi fig. 754).

Se va secţiona în totalitate cilindrul rectal la nivelul inciziei peretelui posterior vaginal, adică deasupra nivelului tumorii (vezi fig. 759).

Piesa operatorie (vulva, rectul inferior cu aparatul sfincterian în întregime şi peretele posterior vaginal infiltrat canceros) este total izolată după secţiunea rectului, vulvectomia lărgită este terminată.

Se va reface regiunea prin sutura plăgii de sus în jos: tegumentele se vor sutura la pereţii vaginului (ca în tehnica descrisă a vulvectomiei), posterior, tegumentele suturîndu-se la marginea rectului. Marginea inferioară a peretelui posterior vaginal va fi suturată la tranşa anterioară a rectului.

Drenajul plăgii va fi corect instalat, iar vezica va fi drenată cu sondă Foley.

II. LIMFADENECTOMIA INGHINALĂ ÎN CANCERELE VULVARE

Tehnica limfadenectomiei inghinale a fost bine codificată de Ducuing şi de Tailhefer şi ea vizează să extirpe atît ganglionii supraaponevrotici (situaţi deasupra fasciei cribriformis a coapsei) reprezentaţi prin ganglionii situaţi în jurul crosei venei safene interne, cît şi ganglionii subaponevrotici (ganglionii inghinali profunzi) localizaţi în triunghiul Scarpa format superior de arcada femurală, extern de muşchiul croitor şi intern de muşchiul adductor mijlociu şi pectineu. Ganglionii profunzi se găsesc în jurul arterei şi venei femurale şi extirparea lor impune cunoaşterea perfectă a anatomiei vaselor regiunii. Exereză va include obligatoriu şi ganglionul Cloquet, ganglion situat pe marginea internă a venei femurale, imediat sub arcada femurală şi aşezat călare pe marginea ligamentului Gimbernat, intrînd cu polul său superior în pelvis. Ganglionul Cloquet va fi recoltat izolat şi dat la examenul histopatologic în mod separat. Invazia neoplazică a acestui ganglion arată că procesul canceros s-a extins probabil şi la ganglionii iliaci externi şi ai fosei obturatorii, fapt ce obligă pe unii autori să-i extirpe în mod separat printr-o incizie inghino-abdominală şi pe cale extraperito- neală (vezi tehnica operatorie, pag. 965).

Tauss'g pe 30 cazuri de cancere vulvare cu adenopatii inghinale palpabile, unde s-a făcut şi limfadenectomie iliacă, a găsit în 3 cazuri ganglioni iliaci externi prinşi, iar în 2 cazuri ganglioni obturatori invadaţi neoplazic (5 cazuri din 30). J. Lacour a renunţat la evidarea ganglionară pelviană asociată celei inghinale, deoarece consideră în asemenea cazuri mai eficient tratamentul radioterapie (cobaltoterapie).

Trebuie subliniat faptul că existenţa ganglionilor inghinali invadaţi neoplazic impune după limfadenectomie şi o iradiere a regiunii anatomice.

Limfadenectomia, creînd anumite servituţi asupra cărora am insistat, chirurgul va aprecia necesitatea ei în funcţie de vîrstă, starea generală a bolnavei, stadiul bolii. Personal practicăm limfadenectomia într-un timp operator separat de vulvectomie (pericolul septicităţii).

TEHNICA LIMFADENECTOMIEI INGHINALE (după Ducuing)

1. *Poziţia bolnavei:* orizontală în clinostatism.

2. *Incizia*: verticală pe axul triunghiului Scarpa, depăşind arcada înspre tegumentele abdomenului (fig. 760 A); Tailhefer utiliza o incizie în Z (fig. 760 B) pentru a nu crea o cicatrice perpendiculară pe regiunea inghinală, jenantă prin retracţie.

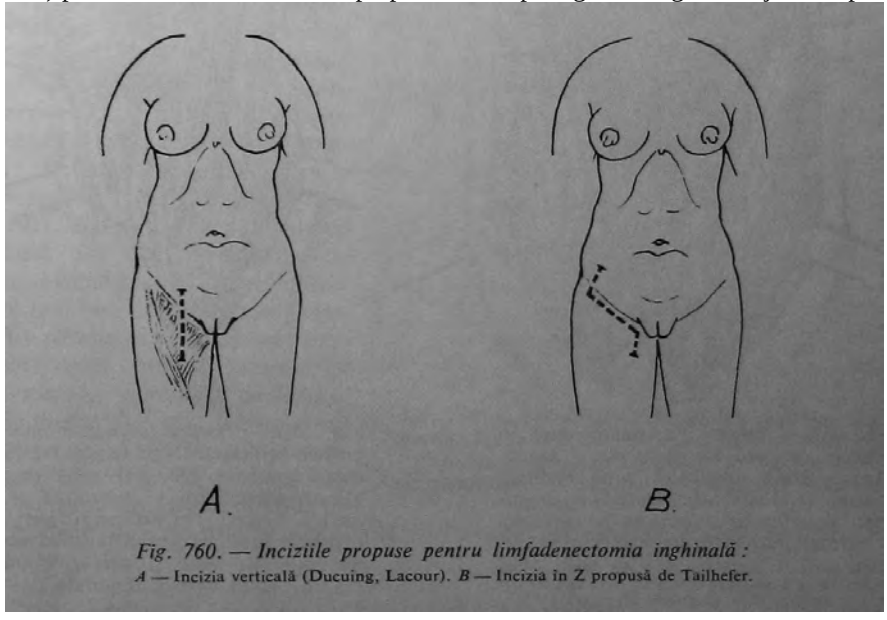


Fig. 760. — Inciziile propuse pentru limfadenectomia inghinală :
A — Incizia verticală (Ducuing, Lacour). *B* — Incizia în Z propusă de Tailhefer.

Lambourile cutanate se vor diseca larg într-o parte şi alta a inciziei, avîn- du-se grijă ca lamboul cutanat să-şi păstreze un panicul adipos destul de gros (1,5 cm) pentru a se asigura vascularizaţia tegumentelor. Hemostază extrem de atentă (se diminuă astfel limforagia postoperatorie, sursă de infecţie cronică a regiunii inghinale, urmată de edemul coapsei). Se descoperă astfel întreg grupul ganglionilor inghinali superficiali, safena internă şi fascia cribriformis a coapsei

3. *Incizia fasciei cribriformis* (fig. 761): fascia cribriformis va fi incizată pe toată suprafaţa triunghiului Scarpa de la muşchiul croitor (extern), care apare vizibil în plagă, pînă la muşchiul adductorul mijlociu (situat intern) care trebuie bine evidenţiat în plagă.

Pentru a evidenţia bine acest muşchi se vor sacrifica vasele ruşinoase externe superioare şi inferioare, precum şi arterele ce merg la muşchiul adductorul mijlociu.

Liberarea muşchilor croitor şi adductorul mijlociu ne conduce la vîrfu triunghiului Scarpa, unde vom lega şi secţiona vena safenă internă. Mai rămîne de incizat fascia cribriformis în partea superioară a triunghiului Scarpa, în apropierea arcadei inghinale, sacrificînd vasele subcutanate abdominale.

Mobilizarea fasciei cribriformis excizate se face cu grijă din afară spre crosa venei safene interne (fig. 762).

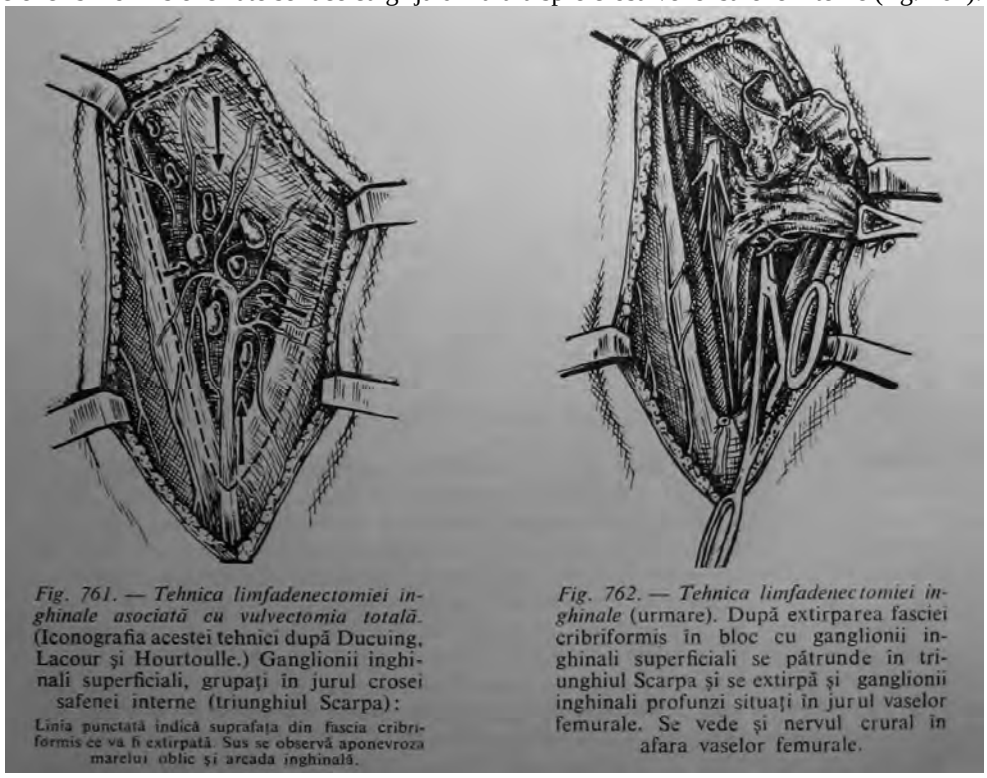


Fig. 761. — Tehnica limfadenectomiei inghinale asociată cu vulvectomia totală. (Iconografia acestei tehnici după Ducuing, Lacour şi Hourtoulle.) Ganglionii inghinali superficiali, grupaţi în jurul crosei safenei interne (triunghiul Scarpa):
Linia punctată indică suprafaţa din fascia cribriformis ce va fi extirpată. Sus se observă aponevroza marelui oblic şi arcada inghinală.

Fig. 762. — Tehnica limfadenectomiei inghinale (urmare). După extirparea fasciei cribriformis în bloc cu ganglionii inghinali superficiali se pătrunde în triunghiul Scarpa şi se extirpă şi ganglionii inghinali profunzi situaţi în jurul vaselor femurale. Se vede şi nervul crural în afara vaselor femurale.

4. *Izolarea vaselor femurale şi extirparea ganglionilor profunzi:* la vîrful triunghiului Scarpa se reperează artera femurală, care la acest nivel acoperă vena femurală. Se disecă de jos în sus cu mare atenţie toţi ganglionii şi grăsimea ce acoperă vasele femurale. Mergînd cu disecţia ascendent, se ajunge la crosa venei safene; aceasta se leagă şi secţionează la vărsarea ei în vena femurală; ligaturile vor fi plasate sub fascia cribriformis, ridicată ascendent (fig. 763) de chirurg în bloc cu ganglionii inghinali superficiali şi profunzi. La baza triunghiului Scarpa, în vecinătatea arcadei inghinale vom întîlni vena femurală situată intern şi artera femurală situată extern. Nervul crural apare şi el în plagă (sub fascie) situat imediat extern faţă de arteră.

5. *Extirparea ganglionului Cloquet:* extirparea acestui ganglion reprezintă finalul limfadenectomiei inghinale. £1 trebuie extirpat în totalitate, pentru considerentele expuse. Pentru aceasta este necesar să protejăm bine vena femurală la intrarea ei în inelul crural (cu un depărtător Farabeuf este trasă în afară), şi evidenţiem ligamentul Gimbernat pe care-1 vom inciza cu bisturiul (fig. 763). Ganglionul Cloquet abia acuma va putea fi eliberat prin disecţie atentă.

6. *Refacerea inelului crural:* este obligatorie, deoarece lăsat beant va duce sigur la apariţia unor hernii crurale. De aceea se va sutura cu fire neresorbabile arcada inghinală la ligamentul Cooper.

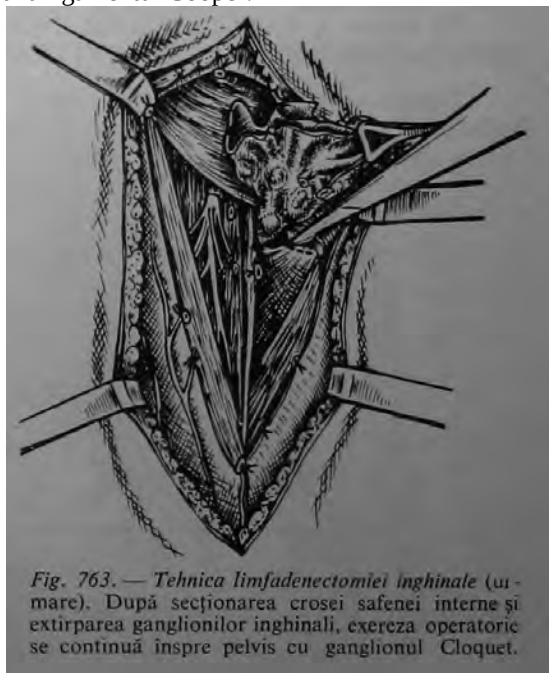


Fig. 763. — Tehnica limfadenectomiei inghinale (urmare). După secţionarea crosei safenei interne şi extirparea ganglionilor inghinali, exereza operatorie se continuă înspre pelvis cu ganglionul Cloquet.

Ginecologul care execută intervenţia trebuie să cunoască bine anatomia regiunii şi să fie ajutat de un chirurg bun cunoscător al regiunii anatomice respective.

7. *Sutura plăgii şi drenajul:* deoarece deseori am observat o necrozare a marginilor plăgii, excizăm profilactic din fiecare margine cîte 1,5 cm din tegumente pe toată lungimea plăgii ; Lacour întîlneşte necroza marginilor plăgii în 40 % din cazuri. Hemostaza extrem de atentă. Sutura plăgii cu fire de aţă. Drenajul decliv obligator. Cel mai bun drenaj este cel aspi- rativ (drenajul Redon) care prin vidul creat obligă lambourile cutanate să se muleze pe formaţiile anatomice ale triunghiului Scarpa şi să grăbească cicatrizarea. Drenajul simplu cu tub de cauciuc are dezavantajul că permite o infecţie ascendentă a plăgii, fapt ce prelungeşte foarte mult timpul de vindecare.

ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

— Igienă zilnică a regiunii (spălare cu soluţie de cloramină).
— Sonda urinară se lasă pe loc cca 7—10 zile, pentru a întreţine în condiţii bune igiena locală.
— Drenajul rămîne instalat mult timp (cca 15 zile) pînă cînd lichidul limfatic scurs este clar şi în cantitate mică.

COMPLICAŢII POSTOPERATORII ALE VULVECTOMIEI ŞL LIMFADENECTOMIEI

1. Infecţia plăgii cu necrozarea tegumentelor şi desfacerea plăgii.
2. Hemoragia obligă la desfacerea plăgii şi refacerea hemostazei.
3. Edemul cronic al coapsei, complicaţie redutabilă, greu de combătut (prin băi, masaje, kineziterapie, operaţii plastice ş.a.).

Pe lîngă tehnica vulvectomiei totale cu limfadenectomie inghinală recomandată de Lacour şi Hourtoulle pe care am reprodus-o pe larg, unii autori nu se limitează numai la extirparea ganglionilor inghinali în cursul vulvectomiei totale; ei extind operaţia, extirpînd în acelaşi timp operator şi ganglionii pelvieni.

în încheiere prezentăm şi această tehnică.

III. TEHNICA VULVECTOMIEI TOTALE LĂRGITE, CU EVIDARE

IN BLOC A GANGLIONILOR INGHINALI, ILIACI EXTERNI, HIPOGASTRICI ŞI AI FOSEI OBTURATOARE (tehnica G. H. Twombly)

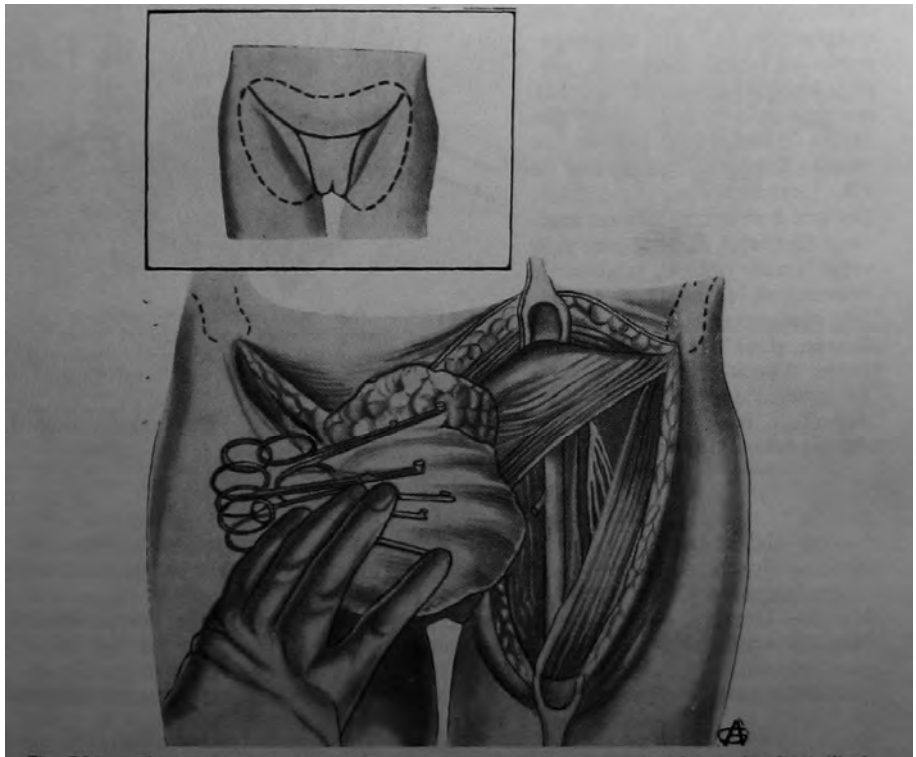


Fig. 764. — Tehnica vulvectomiei lărgite cu evidare în bloc a ganglionilor inghinali şi iliaci. Disecţia ţesutului subcutanat şi limfadenectomia triunghiului Scarpa:
În cartuş : incizia cutanată (linia neagră plină). Limitele disecţiei ţesutului adipos subcutanat (linia punctată) (Desenele acestei tehnici, după J. Bret şi J. Sénèze.)

Tehnica comportă doi timpi succesivi: timpul I constă în celulectomie cu limfadenectomie bilaterală, iar timpul II constă în vulvectomia totală. Redăm tehnica după descrierea făcută de J. Bret şi J. Seneze.

1. Incizie ce uneşte spinele iliace anterioare, trecînd pe marginea superioară a simfizei (fig. 764 — cartuş).

2. Disecţia lambourilor cutanate se face în aşa fel încît troficitatea lambourilor să fie respectată (nu se va curăţa pielea strict pînă la derm, ci se va lăsa un strat subţire de grăsime protectoare a vascularizaţiei). Lambourile preparate sînt învelite în comprese îmbibate cu soluţie cloruro-sodică izotonică caldă (pentru a evita necroza lambourilor prin ischemie). Disecţia este continuată pînă la partea inferioară a triunghiului Scarpa şi este împinsă pe coapse mult în afară, pînă la nivelul muşchiului croitor. Venele întîlnite, în special safena internă, vor fi secţionate între ligaturi.

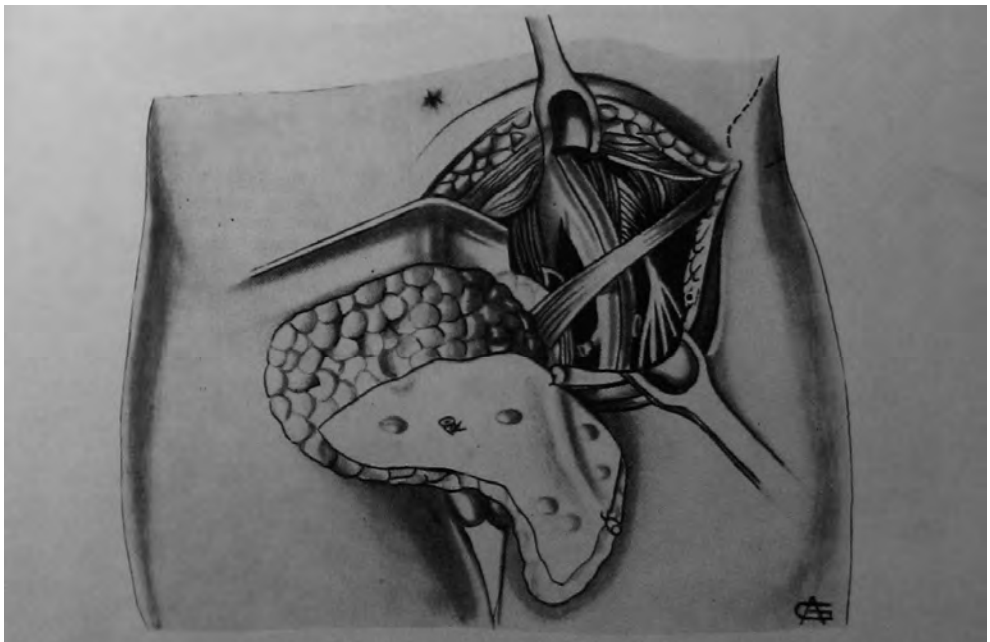


Fig. 765. — Continuarea aceleiaşi tehnici. Disecţia ganglionilor retrocrurali. (Evidarea ganglionilor iliaci externi, hipogastrici şi obturatori.)

3. *Disecţia ţesutului subcutanat şi a triunghiului Scarpa.* Se începe disecţia de pe marginea internă a muşchiului croitor, incizînd aponevroza femurală în lungul croitorului, excizînd odată cu ţesutul adipos subcutanat, ganglionii triunghiului Scarpa şi foiţa superficială a fasciei femurale din această regiune. Disecţia este continuată spre interiorul triunghiului Scarpa (dinafară înăuntru), menajîndu-se trunchiul nervului crural şi ramurile profunde musculare (fig. 764), ramurile cutanate fiind secţionate. Se izolează artera şi vena femurală pe toată lărgimea triunghiului Scarpa (safena internă este legată şi rezecată), extirpîndu-se în bloc grăsimea, ganglionii şi fascia regională. Arcada femurală, pectineul şi muşchiul adductor apar în plagă.

4. *Disecţia retrocrurală (limfadenectomia pelvisului).* Se disociază fibrele musculare ale marelui oblic, micului oblic şi transversului, deasupra arcadei femu- rale, pentru a putea pătrunde în spaţiul Bogros (fig. 765). Vasele epigastrice sînt secţionate între ligaturi. Se împinge în sus peritoneul cu masa intestinală (ajutaţi fiind de o valvă lungă), descoperind vasele iliace pînă la bifurcarea lor. Se extirpă în bloc ganglionii şi ţesutul conjunctiv din jurul arterelor iliace externe şi hipogastrice, golindu-se fosa obturatoare (nervul obturator apare în plagă). Hemostază atentă. Se suturează, refăcîndu-se planul muşchilor abdominali disociaţi.

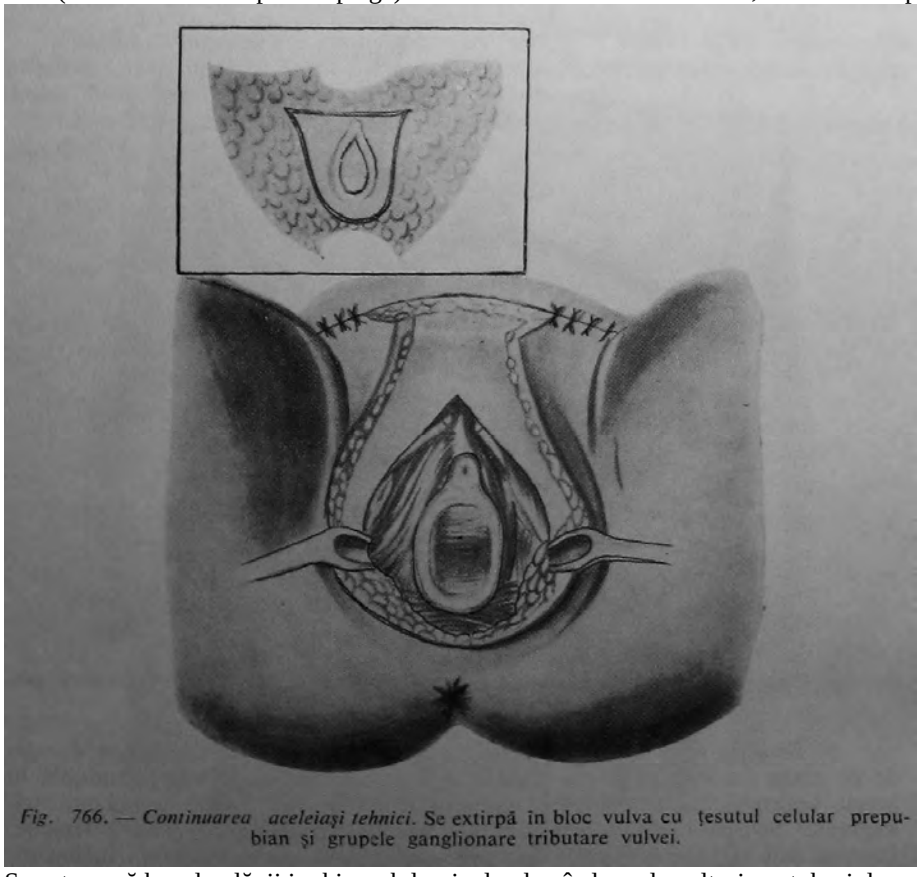


Fig. 766. — Continuarea aceleiaşi tehnici. Se extirpă în bloc vulva cu ţesutul celular prepubian şi grupele ganglionare tributare vulvei.

Se suturează buzele plăgii inghino-abdominale, drenîndu-se la colţuri, cu tuburi de cauciuc.

5. *Vulvectomia*. Se incizează tegumentele în jos, în afara marilor buze, pînă la comisura posterioară a vulvei (fig. 764 — cartuş). Se extirpă în masă ţesutul celular prepubian (cu ganglionii accesorii), labiile şi aparatul erectil.

Cînd leziunea permite, se va menaja cu grijă mucoasa vulvară în partea superioară, în jurul orificiului uretral (fig. 766). Urmează sutura marginilor tegumentelor la marginile vaginului, orificiul uretral fiind respectat (fig. 767).

Complicaţiile acestei operaţii hiperlărgite sînt neplăcute (necroza tegumentelor, limforeea, uneori elefantiazisul membrelor inferioare), motiv pentru care indicaţia intervenţiei va fi rezervată cazurilor unde leziunea este mai avansată, starea generală fiind bună.

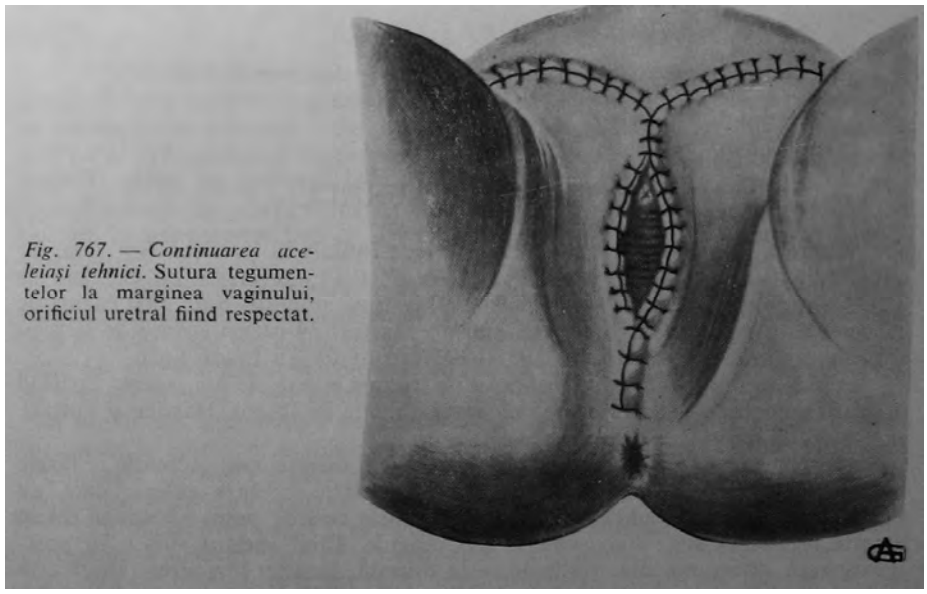


Fig. 767. — Continuarea aceleiaşi tehnici. Sutura tegumentelor la marginea vaginului, orificiul uretral fiind respectat.

REZULTATELE VULVECTOMIEI

Institutul Curie din Paris (Tailhefer şi Pilleron) raportează în 1949 rezultatele la 5 ani: 13 vindecări la 5 ani pe 42 cazuri.

Berven (citat de H. Robert) raportează o mortalitate de 7,6 % şi 43 % supravieţuiri la 5 ani pe 112 cazuri tratate.

Henry Robert (1969) raportează 20 supravieţuiri la 5 ani (cu 3 recidive) din 38 cazuri operate; 4 decese postoperatorii, 23 dezuniri ale suturii vulvare. Recidivele au fost tratate prin electrocoagulare sau vulvectomie secundară.

Taussig (1940) pe 41 cazuri a avut 4 decese şi 20 supravieţuiri la 5 ani.

Way (1948) atrage atenţia că vindecările la pacientele ce au cancer vulvar fără adenopatie sînt de 80% la 5 ani, iar la cele cu ganglioni invadaţi vindecarea scade la 35%.

Limfadenectomia se poate face uni- sau bilateral (depinde de gradul de invazie a ganglionilor). Unii autori (Basset, J. Bret şi J. Sendze, G. W. Twombly ş.a.) practică vulvectomia cu limfadenectomie inghinală în monobloc (fig. 764—767).

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ŞI LOCUL CHIRURGIEI ÎN CANCERUL TROMPEI UTERINE

NOŢIUNI GENERALE

Cancerul trompei uterine este foarte rar întîlnit în practică (cel mai rar întîlnit din toate cancerele genitale ale femeii: 0,3% în medie cu extreme de 0,2—1,5% după Te Linde şi Mattingly, 1977). S-au publicat cca. 1000 cazuri de cancere de trompă iar Fugh are cea mai mare serie: 34 cazuri strînse de la diferite clinici din Danemarca între 1931—1937 (citat de Te Linde ş.a.).

Vîrsta medie la care apare cancerul de trompă este de 45 ani, adesea apărînd în postmenopauză. S-au publicat şi observaţii la fete de 18 ani (Hayden şi Potter), sau la femei trecute de 50 ani.

Neavînd o simptomatologie precisă, evoluînd deseori asimptomatic în fazele iniţiale, cancerul de trompă se diagnostichează tîrziu, în faze exfinse care au depăşit operabilitatea radicală. Dintre simptomele care ar putea să atragă totuşi atenţia medicului sînt: hidroreea şi metroragiile. Cînd acestea survin în postmenopauză orientarea diagnosticului este uşurată. Deseori tumoarea tubară este nedetectabilă la examenul ginecologic, şi pentru a fi percepută se recomandă ca tactul vaginal să se facă sub anestezie generală de scurtă durată.

Orice metroragie în postmenopauză, căreia nu i se găseşte cauza după o explorare complexă şi competentă a colului şi corpului uterin (inclusiv chiuretajul endocervical şi uterin cu examen histopatologic) va orienta cercetarea spre trompa uterină, mai ales dacă în lichidul scurs din uter (hidroreea) au fost găsite celule canceroase la examenul citologic Babeş-Papanicolaou.

Valoarea examenului citologic în depistarea acestui cancer este mult limitată prin existenţa stenozelor cervicale în postmenopauză, care împiedică scurgerea lichidului tubar.

în aceste cazuri lichidul tubar se va scurge în peritoneu şi va însămînţa cu celule canceroase seroasa peritoneală.

Depistarea tardivă se mai explică şi prin faptul că multe tumori anexiale (tubare) sînt extirpate de chirurgi fiind considerate simple hidrosalpinxuri fără a se mai face examenul histopatologic al trompei îndepărtate chirurgical*. Biopsia extemporanee este obligatorie în cazurile suspecte; chirurgul va examina imediat piesa operatorie prin secţiuni multiple. Aceste bolnave nediagnosticate revin uneori cu o carcinomatoză peritoneală, ce apare la laparotomie fără punct de plecare precizat.

Din toate aceste date se înţeleg dificultăţile diagnosticării bolii în faze curabile. în majoritatea cazurilor (peste 70%) boala se diagnostichează tîrziu. Din acest punct de vedere se aseamănă mult cu afecţiunile maligne ale ovarului. De reţinut este bilateralitatea acestor cancere tubare în 15% (cu cifre extreme 5-26%).

TRATAMENT

Tratamentul chirurgical. Este singurul care a dat rezultate în fazele incipiente. Simpla anexectomie este insuficientă şi se recomandă histerectomia totală cu anexectomie bilaterală. Unii autori (Te Linde şi Mattingly, 1977) recomandă extirparea sistematică şi a marelui epiploon, el fiind *captatorul celulelor canceroase revărsate în cavitatea peritoneală* prin vomica tubară.

Personal nu extirpăm marele epiploon la prima laparotomie dacă nu-1 găsesc purtătorul unor metastaze. îl lăsăm pe loc, tocmai datorită acestei proprietăţi captatoare.

Noi practicăm sistematic în cancerele tubare operate radical o a doua laparotomie de control, efectuată la 4—6 luni după prima intervenţie (« second- look») chiar dacă nu găsim determinări secundare pelviene. Cu această ocazie extirpăm sistematic marele epiploon considerînd că acest organ şi-a făcut datoria de a capta în mare parte celulele libere canceroase în acest interval de timp. A-l lăsa neextirpat, înseamnă a expune pacienta la riscul dezvoltării unor eventuale metastaze în epiploon. Statistic epiploonul este sediul celor mai multe metastaze. « Chirurgia agresivă » expusă pe larg la tratamentul cancerului de ovar are aceleaşi indicaţii şi în cancerul trompei uterine.

Cu toate că nu există o experienţă acumulată asupra eficienţei chimioterapiei (Boronow a obţinut timp de 13 luni remisiunea clinică a unui cancer tubar cu metastaze pulmonare tratat cu Alkiran) în ceea ce ne priveşte folosim chimio- terapia cu aceleaşi indicaţii şi doze ca şi în cancerul de ovar. Radioterapia cu înalte energii de asemenea nu şi-a demonstrat eficienţa. Ross consideră că radioterapia nu măreşte rata de supravieţuire. Totuşi, în cazurile inoperabile sîntem obligaţi să apelăm în ultimă instanţă şi la radioterapie. Te Linde şi Mattingly (1977) consideră că însămînţările canceroase sub 2 cm diametru pot fi stăpînite în evoluţia lor cu o iradiere de 5000—7000 rad.

în general, tratamentul cancerului trompei uterine se aseamănă cu cel al cancerului de ovar, rezultatele în cazurile diseminate fiind mult mai slabe. Ca prognostic rămîne cel mai grav cancer din sfera genitală.

REZULTATE

Rezultatele depind de faza evolutivă în care a fost diagnosticată boala şi de o indicaţie terapeutică adecvată. Tratamentul complex (radio-chimio-chirur- gical) este net superior tratamentului exclusiv chirurgical. Tratamentul chirurgical trebuie să fie radical şi completat cu tratamentul chimioterapie şi eventual cel radioterapie.

Interesantă este statistica lui Schiller şi Silverberg (citaţi de Te Linde şi Mattingly) pe 76 cazuri care arată că supravieţuirea a fost în funcţie de gradul de extindere a leziunii:

— cînd neoplazia este limitată strict la mucoasă, supravieţuirea la 5 ani a fost de 91%;

— dacă seroasa tubară a fost atinsă, supravieţuirea a scăzut la 53%;

— cînd tumoarea s-a extins dincolo de trompă, vindecarea a scăzut la 25%.

Benedet şi colab. reconfirmă datele de mai sus analizînd un lot de 41 bolnave (88% supravieţuire la 5 ani cînd neoplazia era intratubară şi 20% supravieţuire cînd neoplazia depăşea trompa uterină).

Toate statisticile confirmă că atunci cînd tumoarea s-a extins în afara pelvisului, prognosticul este infaust.

INDICAŢIA TERAPEUTICĂ ŞI LOCUL CHIRURGIEI ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI OVARIAN

Cititorul ediţiei a doua a prezentului tratat de Chirurgie ginecologică va fi surprins că în prima ediţie tratamentul chirurgical al cancerului ovarian a fost atît de superficial expus, iar după 25 ani, în ediţia de faţă, se acordă tratării acestei boli atît de mare importanţă. Explicaţia este că, dacă acum trei decenii tratamentul se limita la îndepărtarea chirurgicală a ovarelor în bloc sau nu cu uterul, în prezent au apărut noi metode terapeutice care au schimbat radical soluţiile date acestei probleme. Chimioterapia, practic necunoscută atunci, a luat o mare amploare.

De asemenea, şi în domeniul radioterapiei cancerelor de ovar s-au făcut mari progrese prin intrarea în practică a radioterapiei cu energii înalte (iradierea cu bomba de cobalt, acceleratorul liniar şi betatronul) şi a radioizotopilor. Ginecologul care nu va cunoaşte bine posibilităţile acestor două noi metode terapeutice (chimioterapia şi radioterapia) şi se va limita exclusiv la tehnica operatorie, oricît de extinsă ar fi operaţia practicată, nu va putea obţine succese terapeutice de durată. Acesta este motivul pentru care marile tratate moderne de tehnică operatorie ginecologică (mă refer în special la valoroasa lucrare: Te Linde'sOperative Gynecology apărută în 1977) atunci cînd expun tratamentul chirurgical al cancerelor de ovar sînt obligate să facă largi incursiuni în anatomia patologică, chimioterapia şi radioterapia bolii. Sîntem convinşi că numai aşa se poate oferi medicului ginecolog o înţelegere largă a sarcinilor grele pe care şi le preia atunci cînd îşi asumă tratarea unui cancer de ovar.

Acestea sînt motivele pentru care şi noi nu ne-am limitat la expunerea seacă a unor indicaţii operatorii care pot fi reduse la cîteva cuvinte: extirparea tumorii ovariene în bloc cu histerectomia totală (după una din tehnicile expuse), ci am adoptat, pentru tratarea acestui capitol o schemă de expunere, dînd relaţii asupra următoarelor probleme, fără de care nu poate fi înţeles tratamentul cancerelor de ovare.

I. Dificultăţile diagnosticului precoce, factor esenţial al slabei eficienţe a tratamentelor cancerelor de ovar.

II. Elementele care decid indicaţia terapeutică.

III. Geneza tumorilor ovariene de origine embrionară. Unele particularităţi ale acestor tumori.

IV. Particularităţile diseminării cancerelor ovariene.

V. Metodele terapeutice utilizate şi eficienţa lor.

VI. Tactică şi strategie terapeutică. Superioritatea tratamentului complex radio-chimio-chirurgical.

VII. Rezultate terapeutice.

I. DIFICULTĂŢILE DIAGNOSTICULUI PRECOCE, FACTOR ESENŢIAL AL SLABEI EFICIENŢE A TRATAMENTULUI

între cancerele sferei genitale feminine, cancerul ovarian are o situaţie particulară prin faptul că:

1)Incidenţa (morbiditatea) bolii este în creştere;

2)Mortalitatea este deosebit de crescută (prognostic sumbru);

3)Diagnosticul precoce este practic imposibil de făcut, prin lipsa unei simptomatologii caracteristice, boala diagnosticîndu-se în faze avansate;

4)Nu dispunem încă de un tratament eficient, tratamentul chirurgical practicat izolat, fiind urmat de numeroase recidive.

Pentru a se înţelege mai bine dificultăţile tratamentului şi necesitatea unui tratament complex radio-chimio-chirurgical, e necesară precizarea unor noţiuni de patologie generală.

Incidenţa cancerului ovarian este în creştere, în general în ţările înaintate, în S.U.A. această localizare a devenit a 3-a cauză de mortalitate prin cancer la femei: 1) cancerul sinului; 2) cancerul digestiv; 3) cancerul ovarian (Te Linde-Mattingly, 1978). Mortalitatea prin cancer ovarian în S.U.A. întrece pe acesa a cancerului uterin (Te Linde— 1978). Acelaşi lucru se poate vedea şi din fig. 768 (după Garfinkel, L. şi colab., 1979). Dealtfel tot în S.U.A., Departamentul Health Education and Walfare publică în 1965 o statistică (citată de Lansac, 1973), arătînd că dacă în 1930 mortalitatea prin cancer ovarian era 2/100 000 femei, în 1962 va creşte la 10/100 000 (statistica se referă la cîteva state din S.U.A.). în unele state din S.U.A. se semnalează că neoplasmele ovariene au produs 44% din decesele prin cancer genital (Barber, H., 1979). Acest autor afirmă că 25% din cancerele ginecologice sînt ovariene şi că 44% din decesele prin cancer genital sînt datorate cancerului ovarian.

în ţara noastră (judeţul Timiş) statistica publicată de Panaitescu Răzvan şi colab. (1978) arată că mortalitatea prin cancer de ovar a crescut de la 3,3 la 100 000 femei (1970) la 5,8 la 100 000 femei în 1977.

Această creştere a mortalităţii se explică atît prin faptul că în diagnosticul şi tratamentul cancerului ovarian nu au apărut metode noi eficiente (supravieţuirea la 5 ani rămînînd neschimbată; 15—35% după Te Linde-Mattingly, 1978 In ultimele 3 decenii), cît mai ales faptul că mortalitatea prin cancer uterin (col şi corp) a scăzut apreciabil în ultimele decade (fig. 768) prin progresele făcute în diagnosticul precoce (citologie exfoliativă, colposcopie şi biopsie ţintită), cît şi prin progresele realizate în tratamentul chirurgical şi radioterapie al acestor două localizări (cca. 90% vindecări la 5 ani în Stadiul I, 80% în Stadiul II).

Se pare că repartiţia geografică a cancerului de ovar diferă de la o zonă geografică la alta; în ţările din nordul Europei cancerul de ovar este întîlnit la 15 din 100 000 femei, iar în Japonia numai în proporţie de 2 la 100 000 (date citate de Lansac, 1973).

Diagnosticul precoce al cancerului de ovar este practic imposibil de făcut, deoarece nu există nici un semn clinic sau de laborator care să ne ajute*.

Barber Hugh (1979), ginecologul care a primit sarcina din partea Societăţii Americane de Luptă Contra Cancerului (American Cancer Society) să redacteze lucrarea de sinteză « Ovarian Cancer» pentru informarea la zi a medicilor afirmă că « diagnosticul este mai adesea rezultatul unei întîmplări decît triumful unei metodologii ştiinţifice». Incidenţa de vîrf ar fi după acest autor între 40—65 ani. De aceea Barber a insistat pentru profilaxia cancerului ovarian înaintat prin creşterea vigilenţei oncologice la femeile în vîrstă, intensificarea explorărilor şi chiar grăbirea laparotomiei la femeile vîrstnice care prezintă « sindromul de ovar palpabil în postmenopauză» (sindrom denumit PMPO). Gibbs (citat de Barber, 1979) susţine că « o atitudine mai radicală în chirurgia pelviană la femeile de peste 35 ani ar putea reduce cu 20% mortalitatea prin cancer ovarian».

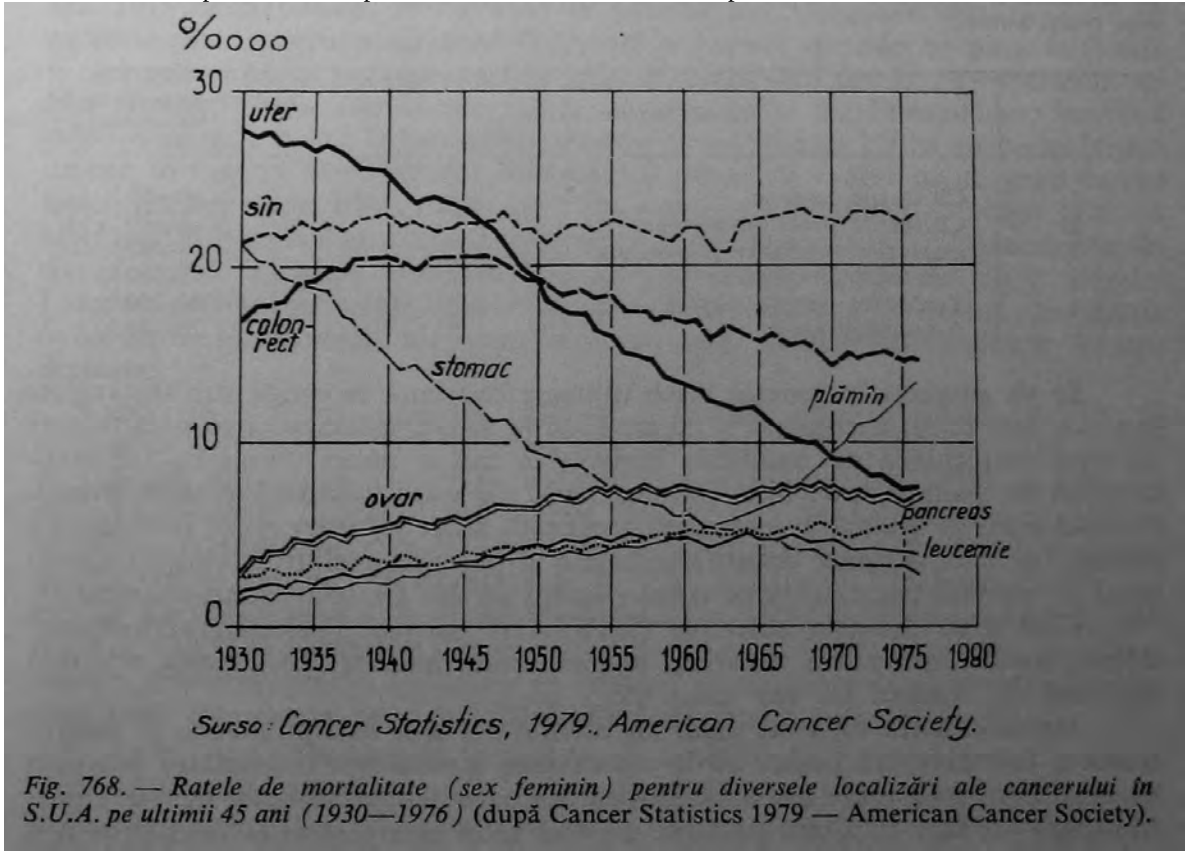


Fig. 768. — Ratele de mortalitate (sex feminin) pentru diversele localizări ale cancerului în S.U.A. pe ultimii 45 ani (1930—1976) (după Cancer Statistics 1979 — American Cancer Society).

Pacientele s-ar recolta dintre acele femei ce au avut tulburări funcţionale menstruale: tensiune premenstruală crescută, menstruaţii abundente, tensiuni premenstruale în sîni, tendinţa la avort spontan, infertilitate, nuliparitate şi menopauză precoce (Barber, H., 1979),

Mulţi autori (Barber, H., 1979; Lansac, 1973 ş.a.) atrag atenţia asupra faptului că în trecutul bolnavelor cu cancer ovarian se citează episoade repetate de tulburări digestive, tratate îndelung ca: disconfort abdominal, dispepsie, indigestie etc. Trebuie reţinută afirmaţia lui Barber că « multe tumori ovariene au fost înecate într-o mare de bicarbonat de sodiu ». De aceea orice dispepsie la o femeie între 40—65 ani trebuie să ne facă să suspectăm şi prezenţa unui cancer ovarian. Nu este exclus ca influenţa cancerelor de ovar asupra stomacului şi tubului digestiv să fie explicată prin fenomenele paraneoplazice. Se ştie dealtfel (Barber H.) că neoplasmele de ovar pot produce efecte paraendocrine: hipercalcemie, hipoglicemie, sindrom Cusbing şi rar anemie hemolitică.

Trebuie avut în consideraţie că tumorile benigne ale ovarului au în ele un mare potenţial de cancerizare. Tabelul de mai jos indică aceste posibilităţi de cancerizare (tabel întocmit după mai mulţi autori).

	Tumori benigne ovariene	Posibilitatea de malignizare
u	Chisturile seroase	30—50%
2.	Chisturile pseudomucinoase	8-10%
3.	Tumorile vegetante şi papilare	28-45%
4.	Teratoamele ovariene	3-10%
5.	Tumoarea de granuloasă	40—50%
6.	Arenoblastomul	20—30%

Se va suspecta în general orice tumoare ovariană ce creşte sub tratament» sau care este dură, neregulată şi cu tendinţă la fixare. Bilateralitatea unei tumori va trezi suspiciunea de neoplazie constituită sau a unor tumori cu incidenţă crescută de malignizare (70% din cancerele de ovar afectează ambele ovare). Dealtfel chiar în Stadiul I (tumoarea localizată strict la ovar) există posibilitatea diseminării microscopice, datorită exfolierii şi posibilei grefări a celulelor canceroase pe seroasa peritoneală pelviană (fundul de sac Douglas) sau abdominală*.

Cînd apar semnele obiective (j[en]^-dureri pelviene, balonări abdominale, slăbire, ascită, uşor edem unilateral al membrului inferior ş.a.), boala este deja înaintată, în Stadiul III sau chiar IV.

Multe cancere de ovar chiar în Stadiul în sînt asimptomatice şi laparo- tomia a fost necesară pentru că la un examen ginecologic întîmplător practicat s-a descoperit o tumoare anexială. Sînt edificatoare datele publicate de Te Linde- Mattingly (1978): 10% din paciente au fost total asimptomatice înainte de a fi operate, iar 15% au fost diagnosticate cu ocazia unei laparotomii pentru alte afecţiuni.

Se ştie că în general o tumoare ovariană sub 5 cm diametru nu poate fi percepută la examenul ginecologic (iar o tumoare pelviană devine palpabilă prin examenul clinic al abdomenului numai cînd a atins 16 cm diametru).

Reamintim constatările lui Dargent D. (citate de Lansac, 1973) asupra semnelor clinice întîlnite în cancerele avansate (Stadiul III şi IV) j mărirea abdomenului a fost constatată la numai 28 %, ascită la 12,5% şi dureri abdominale la 22,5 % din cazuri. Cu toate că boala era înaintată, rezultă că simptomele majore enunţate lipseau în peste 75% din cazuri.

S-au propus, pentru diagnosticul precoce, metode ca: spălarea pelvisului cu ser fiziologic (20—30 ml) introdus prin puncţia Douglas-ului (prin vagin) urmată pe aceeaşi cale de recoltarea prin aspiraţie a lichidului cu celulele exfoliate ce vor fi examinate microscopic după centrifugare; Keetel W. — 1974 —«spală de visu» intraoperator cavitatea pelvi-peritoneală cu 100—125 ml ser fiziologic şi cercetează celularitatea în lichidul aspirat.

Metoda culdo-centezei a fost imaginată în 1958 de Keetel şi Pixley, dar abia în 1962 G. Graham o aplică pentru diagnosticarea cancerului de ovar (Lan- sac, 1973; Funkhouser, 1975). Pînă în prezent nu cunoaştem statistici care să ne încurajeze pentru practicarea frecventă a acestei metode ce pare raţională şi fără riscuri (chiar puncţionarea rectului a rămas fără urmări în experienţa lui Mc Gowan, 1966). De exemplu Mc Gowan (citat de Funkhouser) practică culdo-centeza la 1 123 femei asimptomatice şi nu găseşte celule suspecte la nici un caz, în timp ce Grillo (1966) descoperă 2 cazuri de cancer pe un grup de 190 femei neselecţionate. Funkhouser pe 1 266 paciente a obţinut o citologie pozitivă în 11 cazuri (verificarea a arătat prezenţa a 5 cancere ovariene, 2 cancere de sîn şi endometru, 2 cazuri metastaze ovariene ale unor cancere de sîn şi plămîn, 1 sarcom pelvian cu celule reticulare, 1 caz de leziune ovariană la limită («borderline»). Autorii nu sînt prea încîntaţi de metoda utilizată pentru depistare.

Cancerele ovariene avansate prezintă o culdo-centeză pozitivă în 96% în experienţa lui Graham (78% în experienţa lui Keettel, W. 1974) pe toate stadiile de evoluţie, dar pentru cancerele incipiente nu există statistici. Unii se întreabă dacă neoplasmele incipiente au acelaşi ritm intens de descuamare celulară ca neoplazia avansată. Se pare că descuamarea are loc chiar în Stadiul I, deoarece Keettel (1974) găseşte o celularitate de 45% în acest stadiu incipient. Interesant este că Keettel găseşte şi în cancerul de col uterin Stadiul III o celularitate pelviană de 14,7% la pacientele fără ganglioni invadaţi şi 55,5% la cele cu ganglionii pelvieni prinşi neoplazic. Procentul de frotiuri fals-negative în cancerele ovariene constituite este destul de mare (34% după Graham).

Acest autor recomandă următoarea conduită în caz de frotiu pozitiv; laparotomia este întotdeauna indicată la femei în pre- şi postmenopauză (femei în vîrstă). Dacă se găsesc leziuni ovariene evidente, extirparea ovarelor (cu histerectomie) este obligatorie. El recomandă extirparea ovarelor chiar atunci cînd nu se găsesc ovare patologice. Simpla hipertrofie ovariană în postmenopauză trezeşte suspiciunea unei leziuni precanceroase (« borderline»).

Dacă pacienta este tînără (cu menstruaţii păstrate) şi ovarele sînt nepalpabile nu se va practica laparotomia; se vor continua explorările; repetarea examinărilor ginecologice, culdocenteza şi practicarea celioscopiei, numai în caz de suspiciune practicîndu-se laparotomia pentru a decide intraoperator necesitatea ooforectomiei.

D. Dargent se pronunţă categoric: «în stadiul actual al cunoştinţelor pare de neconceput castrarea unei femei tinere pe simplul fapt al existenţei unei culdocenteze pozitive» (citat de J. Lansac, 1973). în orice caz, cu ocazia unei laparotomii, indiferent de boala pentru care operăm, se vor examina atent şi ovarele. Orice suspiciune va fi tranşată histologic (puncţia chistului cu examen citologic, mic fragment biopsie etc.), examinat histopatologic extemporaneu.

Se recomandă practicarea pelviscopiei cu ajutorul laparoscopului (Smith, W. G., 1977; şi Lacey, G., 1978*); aceste metode sînt în prezent imposibil de aplicat de rutină şi nu pot fi efectuate în marile colectivităţi de femei cu toate că ele pot avea uneori o valoare mare diagnostică, rămînînd pentru moment ca metode de excepţie.

De obicei se întîrzie diagnosticarea cancerului ovarian, deoarece in faţa unei tumori anexiale percepută la examenul ginecologic, medicul nu se gîndeşte şi la posibilitatea unui cancer fiind tentat să acorde prioritate altor diagnostice, cum ar fi: chisturile funcţionale sau tumorile inflamatorii anexiale (dacă pacientele sînt în perioada vieţii active genitale), chisturi de ovar benigne sau endome- trioză atunci cînd tumorile infiltrează nodular parametrele, Douglas-ul şi ligamentele uterosacrate. Se uită foarte uşor faptul că un cancer ovarian poate apărea şi la o pacientă cu un trecut genital inflamator, după cum se ignoră posibilitatea mare de transformare malignă a chisturilor benigne ale ovarului. Dealtfel orice tumoare, indiferent de felul ei, conţine un grad mai mare sau mai mic de potenţială transformare malignă.

Foarte adesea malignitatea rămîne cantonată pentru mult timp endochistic (vegetaţiile intrachistice) şi există posibilitatea ruperii acestor chisturi clinic aparent benigne, cu ocazia puncţiilor evacuatorii sau examinării lor prin tuşeu bimanual. în această eventualitate, diseminarea peritoneală este asigurată. Mai rar vegetaţiile canceroase pot apărea pe faţa externă a chistului de ovar şi atunci la fiecare examinare ginecologică există posibilitatea diseminării intraperitoneale a neo- plaziei prin ruperea acestor excrescenţe canceroase.

Se pierde de asemenea mult timp prin instituirea unor tratamente «de probă» prelungite nejustificat (tratamente antiinflamatorii, secarea şi sclerozarea chisturilor prin puncţii repetate, şi introducerea diverselor substanţe scle- rozante, tratarea presupuselor endometrioze etc.).

Este o concluzie subliniată de toţi autorii că problema diagnosticului diferenţial al tumorilor anexiale este foarte dificilă. Deoarece statistic cancerul de ovar apare mai frecvent în premenopauză şi postmenopauză, orice tumoare ane- xială apărută la aceste vîrste (40—65 ani şi mai tîrziu) va fi suspectată de la început de malignitate. Te Linde merge şi mai departe, suspectînd de malignitate orice tumoare mai mare de 6 cm, chiar la femeile tinere, ce nu cedează în 2 luni de la începerea tratamentului. Subscriem total la această concluzie, şi de aceea sîntem partizanii laparodiagnosticului şi recomandăm practicarea lui cu largă indicaţie. La noi, unde laparoscopia este rar practicată, laparotomia exploratoare poate şi trebuie practicată mai des.

Admiterea laparodiagnosticului nu înseamnă precipitare nejustificată, spre actul operator; laparotomia va fi indicată după matură chibzuinţă.

O altă greşeală observată frecvent în reţea este faptul că tumoarea anexială extirpată este examinată numai macroscopic de chirurg şi rar se solicită examenul histopatologic al piesei operatorii. Calificarea anatomopatologului în spinoasa problemă a tumorilor ovariene este foarte importantă pentru obţinerea unui diagnostic exact şi de aceea sfătuim medicii ginecologi să trimită piesele operatorii medicilor anatomopatologi versaţi în această problemă.

Dacă se constată malignitatea, se va reinterveni la cca. 4 săptămîni şi se va lărgi operaţia (histerectomie totală cu anexectomie bilaterală).

în ceea ce ne priveşte, noi practicăm obligator examenul histopatologic intraoperator (biopsia extemporanee) la orice tumoare anexială extirpată. Durata unui asemenea examen histopatologic este de cca. 20 minute. în caz de malignitate extindem operaţia în aceeaşi şedinţă operatorie, fapt ce reprezintă o mare protecţie pentru psihicul pacientei, ce va fi zdruncinat atunci cînd i se recomandă practicarea unei noi laparotomii atît de repede după prima operaţie.

Respectîndu-se aceste indicaţii sîntem convinşi că se va ajunge la diagnosticarea tumorilor maligne ovariene în faze operabile (incipiente) într-un număr mai mare de cazuri decît în prezent.

Mai bine să regretăm pe masa de operaţie că s-a deschis mai mult sau mai puţin inutil abdomenul, decît să regretăm ulterior pe masa de autopsie că s-a deschis prea tîrziu abdomenul unei paciente cu tumoare malignă ovariană.

O altă concluzie care se desprinde este marele beneficiu în ce priveşte posibilitatea de diagnostic prin controlul periodic susţinut al pacientelor cu tumori de ovar. Un chist funcţional apărut la tinere se reduce de volum în mod spontan, iar o tumoare care creşte, îşi măreşte treptat duritatea sau se fixează, trebuie suspectată de malignitate.

Controlul periodic, laparoscopia, laparodiagnosticul şi biopsia extemporanee şi mai ales gîndirea medicului pentru a suspecta malignitatea (vigilenţa oncologică) sînt singurele mijloace sigure care ar putea în stadiul actual al cunoştinţelor noastre să îmbunătăţească deficienţele mari în ce priveşte diagnosticarea cancerelor în fază terapeutic utilă.

Am insistat mai pe larg asupra dificultăţilor diagnosticului pentru a explica prezentarea bolnavelor la tratament în faze avansate.

De exemplu, în S.U.A. datele statistice pe 1970—1973 (American Cancer Statistics, 1979) arată că numai 25% din bolnave s-au prezentat în stadiul I şi II (stadii relativ curabile), 70% fiind deja la prezentare în Stadiul III şi IV (incurabile). Aceeaşi situaţie este şi la noi în ţară. în judeţul Cluj pe 80 cazuri raportate între anii 1974—1978, 34% au fost în Stadiul I şi II şi 66% au fost în Stadiile III şi IV.

în Institutul Oncologic Cluj-Napoca între anii 1965—1978 s-au internat 1120 cazuri cancer de ovar, din care 524 au fost repartizate pe stadii clinice după cum urmează:

Stadiul clinic	Nr. cazuri	|
Stadiul I Stadiul II Stadiul III Stadiul IV	92 57 199 176	17, 2 6% 18,5% 10,9%/ 71,5% 38,0% 1 33,5%/

Numai printr-o vigilenţă ascuţită a medicilor se va putea ameliora situaţia catastrofală a diagnosticului precoce. Orice tumoare ovariană depistată între 40—65 ani, va fi suspectată ca un posibil cancer ovarian. Trebuie avut permanent în vedere că în stadiul actual al cunoştinţelor noastre o vindecare reală nu se poate obţine decît în Stadiul I şi II al bolii.

II. ELEMENTE CARE DECID INDICAŢIA TERAPEUTICĂ

Elementele care decid indicaţia terapeutică şi hotărăsc opţiunea pentru un anumit tratament (chirurgical, radioterapie, chimioterapie, sau asocierea lor) ţin de starea generală a bolnavei (vîrstă, stări patologice asociate: diabet, cardiopatii, obezitate) şi de starea tumorii ovariene.

în fond, elementele dominante care decid indicaţia terapeutică sînt:

1. stadiul clinic în care se află boala (stadiu clinic fixat pe baza clasificării stadiale elaborată de asociaţiile ginecologice internaţionale de resort);
2. tipul histopatologic al tumorii ovariene;
3. gradingul de malignitate celulară.

Gradingul a fost apreciat pe baza unei experienţe îndelungate acumulate de laboratoarele de anatomie patologică care au corelat prognosticul cu modificările observate în structura celulară a tumorii şi au constatat că unele cancere de ovar cu toate că sînt apreciabil extinse în cavitatea pelvi-abdominală au o evoluţie în timp mult mai lentă, mai puţin malignă şi nu determină metastaze în comparaţie cu alte cancere care au fost operate radical, în faze utile, dar care au dovedit ulterior o malignitate atît de agresivă, recidivele şi metastazele fiind practic imposibil de evitat.

Vom prezenta în parte fiecare din aceste elemente:

1. STADIUL CLINIC AL BOLII *Clasificarea T.N.M. pe stadii clinice a cancerelor de ovar**

Definiţiile categoriilor T corespund stadiilor respective acceptate de FIGO stipulînd că tumoarea primară este singura manifestare a bolii. Ambele clasificaşi (TNM şi FIGO) sînt menţionate pentru comparaţie (fig. 769).

Reguli de clasificare. Extensia bolii este apreciată pe baza examenului clinic şi după constatările operatorii dar înainte de a se aplica un alt tratament (radioterapie sau chimioterapie). *Cazurile neoperate nu vor putea deci să fie clasificate.*

Este obligatorie verificarea histologică a bolii pentru a permite separarea cazurilor după tipul histologic. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat, în acord cu FIGO este recomandabilă o versiune simplificată de grading histopatologic prezentată la OMS (1973).

Datorită importanţei formei histologice, gradul de diferenţiere al tumorii trebuie înregistrat, dar constatările histologice nu pot modifica categoria T.

Condiţiile minime necesare pentru evaluarea categoriilor T, N şi M sînt următoarele:

— Categoriile T: Examinare clinică, inclusiv laparoscopia şi/sau laparotomia.
— Categoriile N: Examinare clinică, inclusiv laparoscopia şi/sau laparotomia.
— Categoriile M: Examinare clinică, incluzînd laparoscopia şi/sau laparotomia şi radiografia.

Ganglionii limfatici regionali sînt ganglionii iliaci, sacraţi laterali, paraaortici şi inghinali.

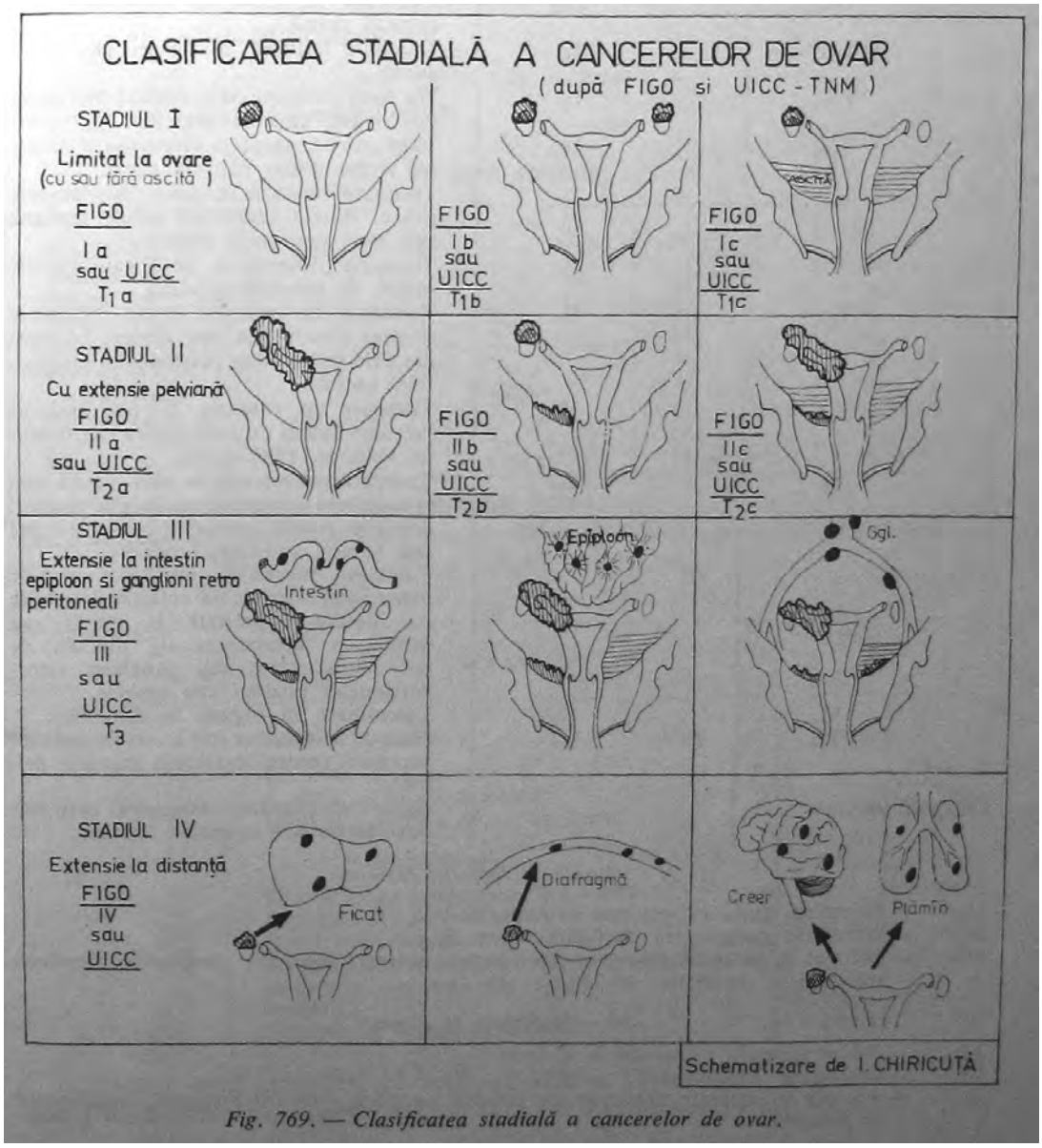


Fig. 769. — Clasificatea stadială a cancerelor de ovar.

T — Tumoarea primară

Categoriile uicc	Stadiile FIGO	
T_0		Tumoarea primară neevidenţiabilă.
T,	I	Tumoarea limitată la ovare.
* î	Ia	Tumoarea limitată la un ovar, fără ascită.
Ti a Ti ax	lai	Nu se constată tumoarea la suprafaţa ovarului şi capsula este intactă.
T_{ia2}	I aii	Tumoare la suprafaţa ovarului şi/sau capsulă ruptă.
T,b	Ib	Tumoare limitată la ambele ovare. Fără ascită.
Tibi	IM	Nu este tumoare pe suprafaţa nici unuia din ovare, capsulă intactă.
Tibs	Ibll	Tumoaie pe suprafaţa unuia sau a ambe lor ovare şi/sau capsula ruptă.
Tic	Ic	Tumoare limitată la unul sau ambele ovare. Ascită conţinînd celule maligne sau lavaj peritoneal pozitiv.
T_s	U	Tumoare interesînd unul sau ambele ovare, cu extensie pelviană.
T_2a	Ha	Tumoare cu extensie şi/sau metastaze

		la uter şi/sau una sau ambele trompe, dar fără interesarea peritoneului visceral. Fără ascită.
T_ab	Ilb	Tumoare cu extensie la alte ţesuturi pelviene şi/sau cu interesarea peritoneului visceral. Fără ascită.
Tjc	IIc	Tumcaie cu extensie la uter şi/sau una sau ambele trompe şi/sau la alte ţesuturi pelviene. Ascită conţinînd celule maligne sau lavajul peritoneal pozitiv.
T_3	III	Tumoare interesînd unul sau ambele ovare, cu extensie la intestinul subţire sau epiploon limitată la pelvis sau metastaze intraperitoneale dincolo de pelvisul adevărat sau ganglioni retro- peritoneali pozitivi sau ambele.
Mi		Diseminare In organe la distanţă
TX	IV	Nu pot fi întrunite minimum de condiţii necesare pentru evaluarea tumorii primare.
Categorii speciale		Cazuri neexplorate chirurgical care sînt considerate a fi carcinom ovarian.

N — Ganglionii limfatici regionali

N_0 — Ganglioni limfatici regionali neinteresaţi Nj — Interesare ganglionară limfatică regională
NX — Nu pot fi întrunite minimum de condiţii necesare evaluării ganglionilor limfatici regionali.

M — Metastaze la distantă

M0 — Nu se constată metastaze la distantă n — Metastaze la distanţă
MX — Nu pot fi întrunite minimum de condiţii necesare evaluării prezenţei metastazelor la distanţă.

Clasificarea histopatologică post chirurgicală — p TNM

pT— Tumoare primară
Categoriile pT corespund categoriilor T

G — Grading histopatologic

G_0 — Malignitate la limită inferioară
Oi — Malignitate evidentă
GX — Gradi ag-ol nu poate fi evaluat

pN — Ganglionii limfatici.regionali Categoriile pN corespund categoriilor N
pM — Metastaze la distanţa Categoriile pM corespund categoriilor M.

Gruparea stadială

Stadiul lat	TI AI	N_0	M_0
Stadiul 1 aii	TJA2	N_0	M_0
Stadiul Ibi	TI bi	N_0	M_0
Stadiul Ibii	Tib2	N_0	M_0
Stadiul I_c	TIC T_{2C}	N_0	M_0
Stadiul IIA	T_{2A}	N_0	M_0
Stadiul Ilb	T_2b	NO	M_0
Stadiul 111	T_3	N_0	M_0
	TI, T_2, T_3	NI	M_0
Stadiul IV	Orice T	Orice N	M,
Obs.: Cazurile neexplorate trebuie raportate separat			

Rezu se vedea fig. 769)

mat (a

UICC		OVAR	FIGO	
		Limitat la ovare	1	
	TI a	Un ovar, fără ascită		Ia
	TIB	Ambele ovare, fără ascită		1
	T_{1C}	Unul sau ambele ovare, cu ascită		Ic
T_2		*Cu extensie pelviană*	II	
	T_2A	Uterul şi/sau trompele. Fără ascită.		Ha
	TGB	Alte ţesuturi pelviene. Fără ascită.		Ilb
	T_2C	Orice ţesut pelvian. Cu ascită.		IIc
T.		*Extensie la intestinul subţire*I *epiploon\ in pelvis sau metastaze extrapelviene* (ganglioni retroperitoneali).	III	
Ut		Extensie în organe la distanţă	IV	

Trebuie avut în vedere că la stadii clinice TNM egale prognosticul va fi diferit dacă tumoarea canceroasă s-a rupt sau nu intraoperator. Ruperea intra- operatorie a tumorii, mai ales dacă neoplazia a avut o formă chistică, întunecă apreciabil prognosticul, deoarece lichidul endochistic încărcat cu celule canceroase va ajuta la diseminarea acestor celule pe întreaga seroasă peritoneală.

De obicei spargerea chistului agravează cu 10—15% prognosticul înregistrat obişnuit în stadiul respectiv al cancerului, fără spargerea intraoperatorie a chistului (Blanchard, D. — Congresul Internaţional de Oncologie Buenos-Aires, 1978). Web (citat de Mattingly, 1978) prezintă cifre şi mai sumbre. La 53 paciente cu cancere de ovar (forma chistică) Stadiul I ruperea intraoperatorie a chistului a dus la o vindecare la 5 ani de 60%, în comparaţie cu alt lot tot în Stadiul I, la care nu s-a rupt chistul intraoperator (vindecare la 5 ani 90 %). Robert Young de la Roswell Park Memorial Institute (Bufallo — SUA, 1978) arată că atunci cînd s-a rupt chistul malignizat, vindecarea la 5 ani a scăzut la 56% (faţă de 90%).

Influenţează negativ prognosticul (Stadiul clinic fiind similar) şi faptul şi că vilozităţile tumorii canceroase sînt situate în exterior pe pereţii tumorii (exochistic). Prognosticul este cu mult mai bun dacă vilozităţile tumorale sînt endochistice. De exemplu, Web (citat de Mattingly, 1978) arată că în Stadiul I, rata de supravieţuire la 5 ani a fost de 90% cînd vilozităţile tumorale au fost numai în interiorul tumorii chistice canceroase, scăzînd la 75% în cazul că vilozităţile canceroase au fost exochistice.

Robert Young (1978) arată că în cancere de Stadiul I clinic, vindecarea a fost la 5 ani de 90% după exereză chirurgicală cînd vilozităţile canceroase au fost localizate intrachistic, vindecarea scăzînd (la 5 ani) la 68 % atunci cînd excrescenţele tumorale au fost situate exochistic.

Influenţează de asemenea negativ şi faptul dacă un cancer Stadiul I este aderent sau nu la peritoneul pelvian.

Kottmeier a arătat că în Stadiul I a cu tumoare aderentă pe peritoneu, supravieţuirea la 5 ani este de numai 50%, pe cînd dacă tumoarea nu este aderentă se pot obţine în acelaşi stadiu (I a) vindecări de 80—90%.

Atît clasificările TNM cît şi FIGO ţin seamă de aceste amănunte şi obligă medicul operator să le consemneze în protocolul operator şi să le includă în clasificarea stadială a bolii.

întreaga schemă a stadializării clinice a fost sintetizată de noi în fig. 769.

Alte elemente importante pentru stabilirea indicaţiei terapeutice (şi a prognosticului) sînt stabilirea tipului histopatologic căruia aparţine tumoarea malignă, ca şi fixarea grandigului de malignitate.

2. CLASIFICAREA fflSTOPATOLOGICĂ A TUMORILOR OVARIENE

Problema clasificării tumorilor ovariene, importantă pentru aprecierea prognosticului, este dezbătută de peste trei sferturi de veac (de exemplu, celebrele studii histopatologice ale lui Robert Meyer din primele decade ale secolului) dar nici pînă în prezent problema nu a fost definitiv rezolvată.

Dificultatea vine de acolo că tumorile de ovar au deseori structuri histologice neunitare, în acelaşi ovar tumoral putîndu-se găsi într-o anumită porţiune elemente de benignitate, iar în alte porţiuni degenerări maligne ce pot lua aspecte foarte variate: epiteliom, adenocarcinom, sarcom, toată această gamă de leziuni fiind cuprinse în interiorul aceleiaşi tumori extirpate. De aici obligativitatea trimiterii întregii piese extirpate pentru a se efectua secţiuni multiple în laboratorul de anatomie patologică.

O altă dificultate vine de acolo că ovarul din punct de vedere embriologic reprezintă un amalgam de ţesuturi unele diferenţiate (învelişul mezetelial-ovarian, epiteliul germinativ, stroma ovariană), altele nediferenţiate încă, cu potenţialitate embrionară (de exemplu resturile celulare wolffiene). Toate aceste ţesuturi pot genera tumori maligne.

O altă dificultate vine şi din anarhia terminologiei utilizate pentru etichetarea unei leziuni maligne, aproape fiecare autor utilizînd un alt termen. De exemplu, pentru chistul pseudomu- cinos al ovarului se mai utilizează şi alţi 7 termeni: chist mucoid (Laffont), chist prolifer (Pozzi), chist mucos, chistadenom pseudomucinos, chist ovarian comun pseudomucinos, epiteliom mucoid (Mallassez) sau chito-epiteliom (Quenu).

Multitudinea denumirilor a creat multă vreme dificultăţi pentru medicul care caută să se orienteze în problema tumorilor ovariene. Ceea ce pare paradoxal la prima vedere este că aceleiaşi afecţiuni i se dau denumiri ce o fixează printre tumorile benigne (chistadenom), iar alţi autori o denumesc cu termeni ce indică malignitatea (epiteliom mucoid sau chistoepiteliom). Vom vedea că explicaţia constă în posibilitatea tumorii respective de a evolua în timp de la benig- nitate spre malignitate.

O altă dificultate vine de acolo că unele din aceste tumori pot avea şi o activitate endocrină, uneori acelaşi tip histologic putînd genera hormoni foarte diferiţi, contradictorii chiar (feminizanţi sau masculinizanţi).

Şi în sfîrşit, o altă dificultate vine de acolo că acelaşi tip de tumoare poate avea gradin- guri diferite de malignitate (unele evoluînd lent, altele fiind foarte agresive). De exemplu, *carcinomul nediferenfiat* (anaplastic) este extrem de malign, practic neexistînd supravieţuiri Ia 5 ani; chistadenocarcinomul seros este de asemenea cu un grad crescut de malignitate existînd aproximativ între 13—37% supravieţuiri la 5 ani, iar chistadenocarcinomul endometrioid şi mucos oferă 25—70% supravieţuiri la 5 ani (date statistice luate din Lansac, 1973).

O atenţie specială trebuie acordată metastazelor altor cancere (gastric, mamar, recto- colic etc.) în ovar. Aceste metastaze iau uneori forme speciale, metastaza ovariană prezentînd o altă structură decît cancerul primitiv situat în alt organ. Acest fapt împiedică să putem recunoaşte organul din care au migrat celulele canceroase spre ovar.

Un exemplu sînt tumorile Krukenberg ale ovarelor, care histologic sînt caracterizate prin prezenţa unor celule maligne atît de bogate în mucus, încît nucleul celular este împins şi apăsat spre membrana celulei. Aspectul este de « *celule în inel cu pecete*», descris de Krukenberg acum aproape un secol. De obicei cancerul gastric şi cancerul de sîn metastazează de predilecţie în ovar, luînd acest aspect.

Macroscopie aceste tumori ovariene dure sînt învelite într-o membrană lucioasă similară albugineei şi au aspectul boselat. In rare cazuri metastaza ovariană precedă apariţia clinică a tumorii maligne primitive. Sînt citate cazuri unde după extirparea unor asemenea tumori ovariene, s-a operat şi stomacul, total asimptomatic, unde s-a găsit microscopic un cancer incipient.

Cancerul de sîn are de asemenea o predilecţie pentru a metastaza în ovare, metastaza evoluînd spre extensie pelviană şi fără a lua aspectul de tumoare Krukenberg.

De aceea orice tumorae ovariană apărută după un alt cancer va fi suspectată de a fi
metastatică şi îndepărtarea ambelor ovare se impune (dată fiind bilateralitatea metastazării).

★

Vom încheia acest capitol prin prezentarea a 3 clasificări histopatologice de largă circulaţie internaţională:

a) Clasificarea propusă de OMS (Sirov, Scully, Sobin — 1973) (luată de noi din Hugh Barber, ş.a., 1979).

b) Clasificarea propusă de Claryssen şi colab. (1976)

c) Clasificarea propusă de Ashley (1978).

Atragem atenţia cititorilor că cea mai larg admisă este aceea propusă de Sirov, Scully şi Sobin, ca fiind recomandată şi de Comitetul de experţi al O.M.S. Această clasificare are avantajul faţă de celelalte clasificări că introduce între leziunea tumorală, sub forma ei benignă şi forma ei malignă, o formă intermediară în care tumoarea respectivă este surprinsă în faţa ei de «potenţial malign scăzut» («low malignancy»), sau leziune limită « border line». în acest mod majoritatea tumorilor pot fi încadrate în una din cele trei faze evolutive: benigni- tate, malignitate redusă, malignitate crescută. Bineînţeles că indicaţia terapeutică şi prognosticul vor fi diferite pentru fiecare din aceste faze.

Vom vedea că toate clasificaţiile ţin seama că tumorile ovariene pot fi generate de elementele histologice constitutive ale ovarului:

a) învelişul epitelial ovarian de origine mezotelială;
b) celulele epiteliale germinative;
c) stroma specific diferenţiată;
d) ţesutul conjunctivo-vascular şi nervos nespecific;
e) vestigiile embrionare (de obicei wolffiene) (Cabanne, citat de Lansac, 1973).

a) Clasificarea O. M.S. (Sirov, Scully, Sobin, 1973)

I. Tumori epiteliale comune

A) Tumori seroase

1. *Benigne:* a) chistadenomul seros şi chistadenomul seros papilar;
b) papilomul de suprafaţă;
c) adenofibromul şi chistadenofibromul.

2. *Carcinoame cu potenţial malign scăzut:*
a) chistadenomul seros şi chistadenomul seros papilar;
b) papilomul de suprafaţă;
c) adenofibromul şi chistadenofibromul.

3. *Maligne:* a) adenocarcinomul, adenocarcinomul papilar, chistadenomul, car cinomul papilar;
b) carcinomul papilar de suprafaţă;
c) adenofibromul şi chistadenofibromul malign.

B) Tumori mucinoase

1. *Benigne:* a) chistadenomul mucinos;
b) adenofibromul şi chistadenofibromul (cu elemente mucinoase).

2. *Carcinoame cu potenţial malign scăzut:*
a) chistadenomul mucinos;
b) adenofibromul şi chistadenofibromul,

3. *Maligne:* a) adenofibromul şi chistadenofibromul malign (forme maligne).

C) Tumori endometrioide

Sînt numite astfel prin asemănarea celulelor lor cu celulele mucoasei endometrului sau ale cancerelor de endometru.

1. *Benigne :* a) adenomul şi chistadenomul endometrioid (e.m.)
b) adenofibromul şi chistadenofibromul.
2.Carcinoame cu malignitate limită:
a) adenomul şi chistadenomul endometrioid (forme maligne)
b) adenofibromul şi chistadenofibromul (forme maligne)
3. *Maligne:* a) carcinomul (adenocarcinomul, adenoacantomul, adenofibromul şi chistadenofibromul malign).
b) sarcomul stromal endometrioid.
c) tumori mixte mezodermale (mulleriene), omologe şi heterologe.
D) *Tumori cu celule clare* (mesonephroide) 19 *Benigne:* adenofibromul
2. *Cu malignitate limitată:* adenofibromul malign.
3. *Maligne:* carcinomul şi adenocarcinomul.
E)Tumori Brenner
1. forme benigne
2. forme cu malignitate limitată
3. forme maligne
f)Tumori epiteliale mixte
G) Carcinomul nediferenţiat
H) Tumori epiteliale neclasificate
II. Tumori provenite din cordoanele sexuale (stroma gonadalâ).
A) *Tumori de granuloasă* — cu celule stromale:
1. tumori cu celule granuloase;
2. tumori din grupa thecom-fibrom:
a) thecom
b) fibrom
c) neclasificate
B) androblastome, tumori cu celule Sertoli- Leydig :
1. Bine diferenţiate :
a) androblastomul tubular; tum. cu celule Sertoli (adenomul tubular al lui Pick);
b) androblastomul tubular cu depozit de lipide, ibid. pentru tumori cu celule Sertoli (foliculomul lipidic Lecene);
c) tumori cu celule Sertoli-Leydig (adenomul tubular cu celule Leydig);
d) tumoare cu celule Leydig, tumoare cu celule din hii.
2. Cu diferenţiere intermediară
3. *Nediferenţiate* (sarcomatoide)
4. Cu elemente heterologe
C) Ginandroblastomul
D) Neclasificate
UI. Tumori ca celule lipoidice IV. Tumori cu celule germinale
A) . Dysgerminomul
B) . Tumori ale sinusului endodermal
C) . Carcinomul embrionar
D) . Polyembryomul
E) . Choriocarcinomul
F) . Teratomerl) imature;
b) chistice: chistul dermoid (t era tomul):
— chist matur;
— chistul dermoid cu transf. malignă; 3. Monodermale şi înalt specializate:
a) struma ovarii;
b) carcinoidul;
c) struma + carcinoid;
d) alte
G) Forme mi*te
V. Gonadoblastomul
A) Pur
B) Mixt cu disgerminomul sau alte forme de tumori cu celule germinative.
VI. Tumori cu ţesuturi moi nespecifice ovarului
VII. Tumori neclasificate
VIII. Tumori secundare (metastatice)
IX. Stări pseudotumorale (tumor-like)

Luteomul de sarcină, hiperplazia stromei ovariene şi hiperthecoza, chistul folicular sau Iuţeai solitar, chisturile foliculare multiple (ovarul polichistic), chisturi luteinizante multiple, endometrioza, chisturi de incluziune pe epiteliomul de suprafaţă, chisturi simple, leziuni inflamatorii, chisturi paraovariene.

b) Clasificarea propusă, de Claryssen, Kenis, Mathe (1976)

Această clasificare are avantajul că este simplă, cuprinzătoare şi ţine cont de elemente de embriogeneză. Foarte multe trialuri terapeutice (în special cu chimioterapice) au fost făcute pe baza acestei clasificaţii.

I. De origine din epiteliul celomic: 85% din cancerele de ovar:
— chistadenocarcinomul seros;
— chistadenocarcinomul mucinos;
— carcinomul endometrioid;
— adenocarcinomul nediferenţiat;
— adenocarcinomul mezonefroid.
II. De origine din celulele germinale:
— disgerminoamele;
— teratocarcincamele.
III. De origine din mezenchimul gonadal sau cordoanele sexuale capabile să se diferenţieze in:
A) Structuri gonadaie masculine (masculinizante):
— arhenoblastoamele;
g- tumori cu celule Sertoîi.
B) Structuri gonadaie feminine — feminizante:
— tumori cu celule granuloase;
— tumori cu celule tecale.

c) *Clasificarea neoplasmelor primare ale ovarului propusă de Ashley*, 1978 Este o clasificare morfologică şi histogenetică.

Această clasificare este de fapt o sinteză a clasificărilor propuse de Evans (1966), Fox (1970) şi Langley (1973), bazîndu-se pe criteriul morfologic şi histogenetic. Nu a intrat în practica curentă.

I. Tumori ale celulelor germinative:
— disgerminom;
— teratom;
— chist dermoid;
— st rum a ovarii;
— teratom solid malign ;
— coriocarcinom.
— tumoarea de sinus endodermal;
— gonadoblastom.
II. Tumori ale mezenchimului ovarian
.— arhenoblastom; adenom tubular;
— tumoarea celulelor hilului;
— tumoarea cu celule de granuloasă;
— tecom;
— fibrom.
IU. Tumori ale seroasei mezoteliale:
— Chistadenom:
— seros;
— pseudomucinos.
—Tumoarea Brenner;
— Carcinom nediferenţiat.
IV. Tumori de structuri vestigiale:
— mesonefrom;
— tumoarea cu celule clare.
V. Tumori secundare ovariene (metastaze in ovar).

★

Am prezentat aceste 3 clasificări, deoarece ginecologul care consultă literatura străină va găsi statistici cu indicaţii terapeutice sau recomandări asupra tacticii şi strategiei ce trebuie adoptată în tratamentul tumorilor de ovar, referirile făcîn- du-se la una din aceste trei clasificări: clasificarea tumorilor de ovar propusă de OMS (Clasificarea lui Serov, Scully şi Sobin — 1973) cu toate că este net superioară celorlalte, nu a fost admisă încă de toate centrele oncologice şi va mai trece mult timp pînă statisticile cu rezultatele terapeutice vor fi bazate pe o singură clasificare, adică aceea recomandată de OMS. Noi pe aceasta o recomandăm clinicilor de ginecologie şi oncologie.

Este necesar ca ginecologul să cunoască frecvenţa diferitelor tipuri de tumori ovariene întîlnite în practica curentă.

Prezentăm statistica lui John Berg şi Stephen Baylor (1973), care analizează 10 193 cazuri cancere de ovar reunite de End Results Group (ERG) între 1950—1969 (cazuri provenite din numeroase institute şi clinici din S U A).

Urmează apoi cazurile din celelalte tipuri de tumori pînă la totalul de 10 193 cazuri; frecvenţa cu care sînt întîlnite aceste tumori în practică este foarte redusă (adenoacantomul = 44 cazuri; limfosarcomul ovarian = 5 cazuri (ş.a.).

Şi alţi autori confirmă datele uriaşei statistici a lui J. Berg şi St. Baylor asupra frecvenţei acestor tumori în practică.

Diagnosticul histopatologic (după Serov, Scully, Sobin — 1973)

Clasificare după O.M.S.	1 1 • 1 1 Nr. cazuri 1 1
Chistadenocarcinomul papilar seros (adenocarcinomul	■

.

I papilar, psammocarcinomul)	4924	(48%)
i Adenocarcinomul (fără alte specificări) şi carcinomul en- i dometrioid	2126	(27%)
Chistadenocarcinomul pseudomucinos (inclusiv tumorile . , Krukenberg)	1060	(14%)
j Carcinom ovarian (fără alte specificări)	899	
. Chistadenocarcinomul (fără alte specificări)	325	
. Tumori maligne tecale-granuloase j	311	
. Teratomul malign	123	
. | Disgerminomui (carcinomul embrionar)	122	
. 1 Mezonefrom, tumoare malignă Miilleriană	79	
. | Carcinomul epidermoid	48	
0. Sarcomul ovarian (fără alte specificări) .	19	
1. Carcinomul cu celule clare (androblastomul, menoblas- ' 2. tomul, tumori resturi suprarenale, tumori maligne cu [1] celule hilarc-Leydig) .	19 f	

Tipul tumorii	Burns şi Rutledje (1966)	Carter (1964)	Aure (1971)	Kottmeier (1968)	Parker (1979)
Chistadeno- carcinom seros	*442* 48%	27%	*357* 36,1%	*533* 39,2%	*144* 55%
Adenocarcinom endometrioid	*268* 29,3%	18%	*212* 21,5%	*288* 21%	*53* 21%
Chistadenom carcinom mucinos	*80* 8,7%	14%	*203* 20,5%	*137* 10%	*22* 8%
Carcinom nedi ferenţiat	—	15%	*155* 15,7%	*57* 4,2%	*17* 6%

Pentru a aprecia importanţa prognostică a tipului histopatologic coroborată cu stadiul clinic TNM a se vedea tabelul care încheie capitolul tratamentului cancerului ovarian (pag. 1020).

3. GRADINGUL DE MALIGNITATE

Poate în nici o altă localizare* a bolii canceroase, stabilirea gradingului de malignitate nu are o atît de mare importanţă pentru aprecierea gravităţii situaţiei ca în cancerele de ovar.

Ideea mai veche a lui Broders că în funcţie de gradul de diferenţiere a celulelor canceroase se poate deduce potenţialul *malign al unei tumori, cancerele* nediferenţiate (anaplazice) fiind mult mai agresive (indice mare de metastazare şi de recidivare) decît cancerele cu celule bine diferenţiate, poate fi bine aplicată în cancerele de ovar.

La Clinica Mayo (S.U.A. — R. Young şi R. Fisher, 1978) se foloseşte următoarea catalogare a gradingului de malignitate la cancerele de ovar:

— leziune malignă de Grading I = prezenţa în tumoare a 0—25% celule nediferenţiate;
— grading II = 25—50% celule nediferenţiate;
— grading III = 50—75 % celule nediferenţiate;
— grading IV = 75—100% celule nediferenţiate.

Importanţa prognostică a gradingului de malignitate reiese din datele referitoare la supravieţuirea după 5 ani după operaţia radicală (histerectomie cu anexectomie bilaterală).

Datele au fost publicate de R. Young (1978) şi se referă la chistadeno- carcinoamele ovariene de stadiul I clinic, operate la Clinica Mayo.

Gradingul	Supravieţuire la 5 ani
Grading I	80%
Grading II	47%
Grading III—IV	10%

Pentru exemplificare mai citǎm datele publicate de Kottmeier (1968 — citate de Lansac, 1973), care în aceeaşi situaţie anatomo-patologicǎ (adenocarcinom de ovar) obţine supravieţuiri la 5 ani extrem de diferite după gradingul de malignitate.

De exemplu, în stadiul I. Kottmeier, obţine vindecări de 79,2% la adenocarcinoamele diferenţiate endometrioid, pe cînd în adenocarcinoamele nediferenţiate (anaplazice) supravieţuirile scad la 38,3%. Dealtfel şi în clasificaţia stadială TNM apare obligativitatea pentru ginecolog de a consemna în foaia de observaţie gradingul de malignitate, consemnînd cu Gj malignitatea la limita inferioară şi cu G_2 malignitatea evidentă.

Alţi autori (Mattingly) recomandă consemnarea gradingului de malignitate cu G_x = cancerele bine diferenţiate, cu G_2 = leziunile moderat diferenţiate şi cu G_s = leziunile nediferenţiate (numite şi anaplastice), iar în clasificarea Broders gradingul este etichetat cu 4 clase (G. I—II, III şi IV).

Dacă criteriile de stabilire a gradingului histologic au fost precizate pentru tumorile maligne epiteliale chistice ale ovarului, pentru celelalte varietăţi de tumori criteriile sînt încă în discuţie, fiind mult mai greu de evidenţiat histopatologic gradingul de malignitate.

Reamintim că schema de clasificare histo-patologică a tumorilor de ovar propusă de OMS (clasificarea lui Serov, Scully şi Sobin, 1973) propune pentru fiecare varietate de tumoare ovariană trei forme: formele benigne, formele cu malignitate limitată şi formele categoric maligne. Prin introducerea în clasificare a formelor de tranziţie, de « border line», ea poate nuanţa diagnosticul în modul cel mai corect. Acesta este şi motivul pentru care clasificarea Serov, Scully şi Sobin a fost adoptată de OMS.

încheiem acest capitol atrăgînd atenţia medicilor că în formularea diagnosticului corect al unei paciente ce are cancer ovarian vor fi obligator consemnate 3 elemente: stadiul clinic al bolii, forma histopatologică şi gradingul de malignitate. Exemplificăm: Bolnava M.D. are adenocarcinom mucinos ovarian stadiul I b G, sau bolnava P.E. are chistadenocarcinom seros ovarian Stadiul III b G_2, ş. a. m. d.

III. GENEZA TUMORILOR OVARIENE DE ORIGINE EMBRIONARĂ. UNELE PARTICULARITĂŢI ALE ACESTOR TUMORI

Tumorile genitale feminine (în special cele ovariene) nu pot fi înţelese fără cunoaşterea cîtorva elemente de embriogeneză a organelor genitale interne.

Nu trebuie uitat faptul că ovarul, datorită evoluţiei sale embriologice conţine în structura sa numeroase ţesuturi cu mare potenţial de malignizare. Citǎm spre exemplu:

1) *Ţesutul epiteliul de înveliş*, derivat din epiteliul celomic embrionar, şi care generează majoritatea tumorilor ovariene (aproximativ 70%).

2) *Ţesutul epitelial germinativ* din care vor deriva seminoamele ovariene disembrioamele şi choriocarcinomul embrionar (aproximativ 10% din neoplasmele ovarului).

3) *Persistenţa în ovar a unor incluziuni embrionare*, poate genera tumori care uimesc prin diversitatea lor ca structură histologică, potenţial de malignizare sau ca funcţii endocrine foarte diferite; citǎm pe cele mai importante:

a) Unele tumori pot deriva din resturile testiculare (persistente în ovare) sau din resturile gonadelor primitive feminine; ele pot produce (sau nu) hormoni masculini (arhenoblastomul, androblastomul) sau feminini (tumoare de granu- loasă, thecomul şi tumorile cu celule ale hilului). Aceste tumori sînt rare, aproximativ 3% din tumorile ovarului.

b) Alte tumori ovariene pot apărea din resturile embrionare ale mezone- frosului sau din vestigii ale canalelor Miiller (mezonefromul, tumorile cu celule clare ş.a.).

c)Tot din resturi embrionare pot genera chisturile dermoide, teratoblastomul, tumoarea de sinus endodermal, guşa ovariană (bogată în ţesut tiroidian activ hormono-secretant, ce poate induce un Basedow de origine ovariană).

d)Aceeaşi explicaţie o au şi tumorile ca: neurinoamele ovariene, melanoa-
mele, leio-miosarcoamele, limfoamele etc.

★

în primele două luni embrionul uman* este, din punct de vedere morfologic, nediferenţiat în ce priveşte sexul. Din luna a 3-a începe diferenţierea sexuală.

Formaţiunile embrionare din care vor deriva organele genitale interne, sînt (fig. 770):

— glandele genitale sau gonadele;
— canalele Wolff (duetele mezonefrice);
— canalele Miiller (duetele paramezonefrice).

Aceste formaţiuni sînt perechi, fiind dispuse simetric, de o parte şi de alta a mezenterului dorsal primitiv (fig. 771).

Vom analiza succesiv evoluţia acestor formaţiuni embrionare:

1. Glandele genitale, cunoscute şi sub numele de gonade, din care vor deriva viitoarele testicule la bărbat sau ovare la femeie, trec prin două etape distinc e în evoluţia lor (fig. 772):

— *O primă etapă*, este accea în care glanda genitală prezintă o structură nediferenţiată. Iniţial, viitoarea glandă genitală este acoperită de epiteliul celomic, care va fi populat în curînd de celule mari embrionare, ce au caractere speciale şi care au fost numite *gonocite primare.* Gonocitele, venite din peretele veziculei viteline, migrează prin mezoul dorsal primitiv, şi prin mişcări ameboide ajung la nivelul epiteliului celomic ce acoperă glanda genitală (fig. 772 A). Se formează în acest fel un nou epiteliu de înveliş al

glandei genitale, rezultat din interacţiunea dintre celulele epiteliului celomic şi gonocitele primare, denumit *epiteliu germinativ -—proliferant.*

în rare cazuri, gonocitele în migrarea lor pot să se grefeze şi în alte regiuni retroperito- neale. Degenerînd ulterior tumoral, pot produce unele verietăţi de teratoame retroperiioneale.

Prin proliferarea epiteliului germinativ-proliferant, apar în săptămîna a 6-a aşa-numitele *cordoane sexuale primare.* Ele sînt lungi şi subţiri, pătrund adînc în glanda genitală (de aceea se numesc şi cordoane medulare), se anastomozează între ele şi fac joncţiunea cu canaliculele corpului Wolff (fig. 772 B). Faza descrisă constituie *etapa nediferenţiată* a dezvoltării gona- delor, identică atît pentru viitoarele ovare, cît şi pentru viitoarele testicule.

în *etapa a doua*, denumită *etapa de diferenţiere*, gonadele virează spre testicule sau ovare. Această evoluţie este determinată prin constituţia genetică (structura cromosomială XX sau XY).

în caz că glanda genitală se diferenţiază spre sexul feminin, apar modificări evidente în structura ei. Vom urmări numai dezvoltarea ovarelor, neinsistînd deloc asupra dezvoltării testiculelor.

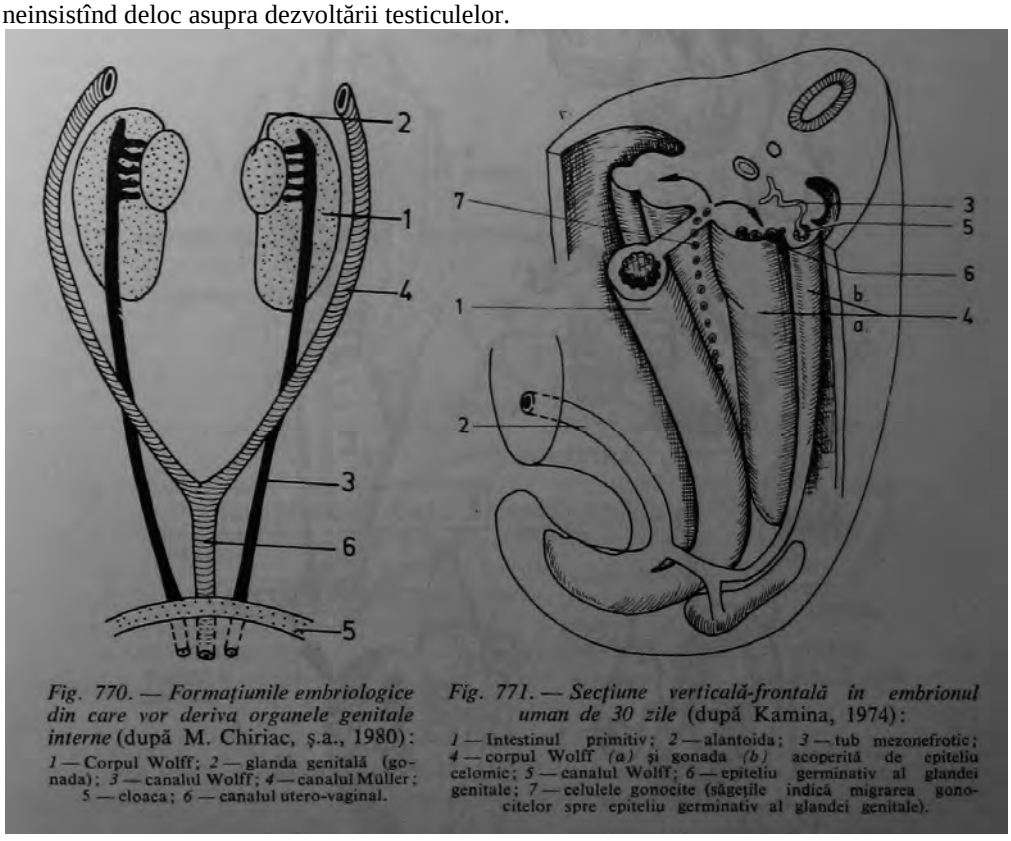


Fig. 770. — Formaţiunile embriologice din care vor deriva organele genitale interne (după M. Chiriac, ş.a., 1980): *1* — Corpul Wolff; *2* — glanda genitală (gonada); *3* — canalul Wolff; *4* — canalul Müller; 5 — cloaca; *6* — canalul utero-vaginal.

Fig. 771. — Secţiune verticală-frontală în embrionul uman de 30 zile (după Kamina, 1974): *1* — Intestinul primitiv; *2* — alantoida; *3* — tub mezonefrotic; *4* — corpul Wolff *(a)* şi gonada *(b)* acoperită de epiteliu celomic; *5* — canalul Wolff; *6* — epiteliu germinativ al glandei genitale; *7* — celulele gonocite (săgeţile indică migrarea gonocitelor spre epiteliu germinativ al glandei genitale).

Am văzut că prin multiplicarea celulelor epiteliului germinativ — proliferant, s-au format cordoanele sexuale primare, ce pătrund adînc în glanda genitală şi se îndreaptă spre canalul Wolff (fig. 772 C). La un moment dat, cordoanele sexuale primare involuează şi se fragmentează în grămezi celulare ce migrează în profunzime, unde fie că dispar în întregime, fie că produc reţeaua ovariană (rete ovarii). Dacă embrionul ar I virat spre sexul masculin, aceste cordoane sexuale primare (profunde sau medulare), s-ar 1 dezvoltat tubii seminiferi şi glanda ar.fi devenit testicul. Persistenţa unor rămăşiţe a acestor cordoane sexuale primare în ovarul definitiv, explică posibilitatea apariţiei unor tumori ale ovarului, care se aseamănă cu tumorile testiculului (seminoame şi arenoblastoame).

Epiteliul superficial al gonadei feminine rămîne dens şi continuă să prolifereze. El va da naştere unei noi generaţii de cordoane, denumite cordoane sexuale secundare sau corticale (cordoanele Valentin-Pfluger), care pătrund în mezenchimul subiacent, fără însă să se îndepărteze prea mult de suprafaţa glandei (fig. 772 D şi E).

Aceste cordoane vor fi fragmentate în grămezi celulare izolate, care conţin fiecare cîte un gonocit (mai rar două sau mai multe gonocite).

Gonocitele se transformă apoi în ovogonii, care evoluează precoce şi se divid în mod activ, în timp ce celulele epiteliale originare din epiteliul celomic, vor forma celulele foliculare.

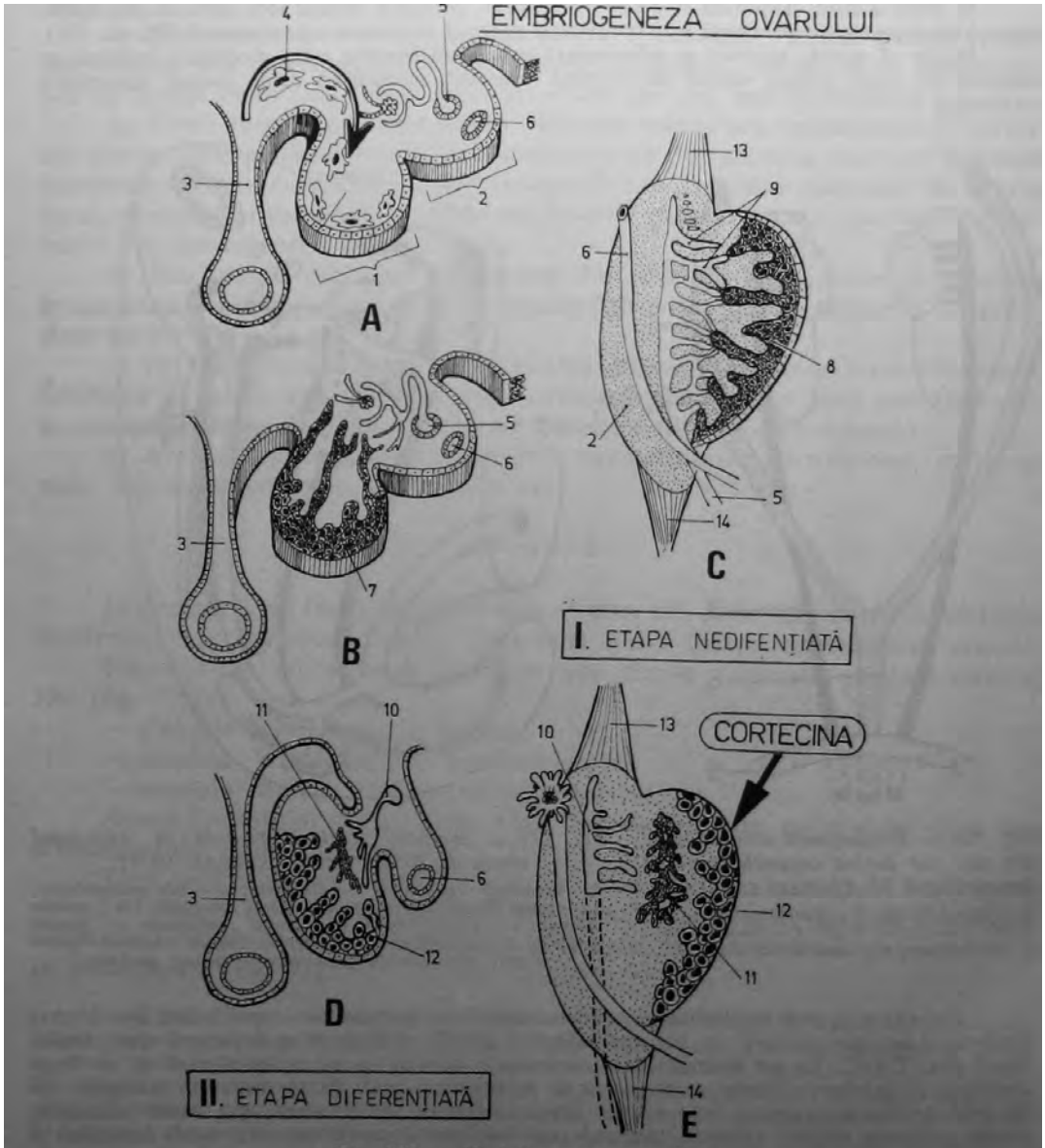


Fig. 772. — Embriogeneza ovarelor :

I — Etapa nediferențiată (A, B, C); și *II* — Etapa diferențiată (D, E). *A* — Secțiune transversală prin embrionul de 30 zile. *B* — Secțiune transversală prin embrionul de 45 zile. *C* — Secțiune longitudinală prin gonada și corpul Wolff a embrionului de 45 zile. *D* — Secțiune transversală prin embrionul de 3 1/2 luni. *E* — Secțiune longitudinală prin gonada și corpul Wolff a embrionului de 3 1/2 luni. *1* — Glanda genitală (gonada); *2* — corpul Wolff; *3* — intestinul primitiv cu mezenterul; *4* — migrarea celulelor gonocite primare spre goandă; *5* — tubul Wolff; *6* — tubul Müller; *7* — epiteliu germinativ proliferant al gonadei; *8* — cordoane sexuale medulare sau tubi medulari; *9* — rete ovarii; *10* — organul Rosenmüller; *11* — cordoane medulare involuate în centrul ovarului; *12* — cordoanele Valentin-Pflüger; *13* — ligamentul diafragmatic; *14* — ligamentul inghinal.

Multiplicarea ovogoniilor din ovarul fetiței se termină pe la sfîrșitul lunii a VlI-a a perioadei fetale, cînd marea majoritate a celulelor sexuale se găsesc sub forma de ovocite primare sau de ordinul I (elemente deploide). Ele sînt înconjurate, așa cum am arătat mai sus, de cîteva celule epiteliale turtite, dispuse într-un singur strat. întregul ansamblu constituie foliculii ovarieni primordiali. La naşterea fetiței, numărul acestor foliculi este de 200 000—400 (XX) în ambele ovare. Cei mai mulți degenerează în perioada copilăriei; cei rămaşi vor intra pe rînd în activitate funcțională, începînd cu pubertatea.

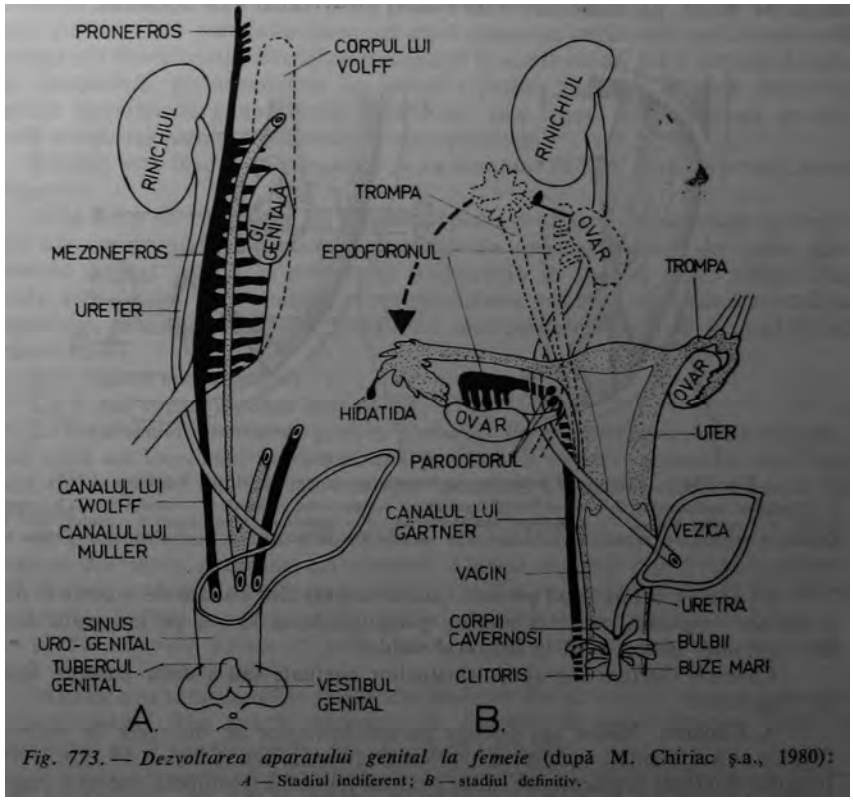


Fig. 773. — Dezvoltarea aparatului genital la femeie (după M. Chiriac ş.a., 1980): *A* — Stadiul indiferent; *B* — stadiul definitiv.

2. Canalele Wolff sau duetele mezonefrice, colectează produşii azotaţi reziduali secretaţi de corpul Wolff şi îi conduc în cloaca embrionului (fig. 773 A.). Spre sfîrşitul celei dea II-a luni de viaţă intrauterină, odată cu dezvoltarea metanefrosului (din care se va forma rinichiul definitiv), corpul Wolff începe să involueze. La sexul masculin canalele Wolff vor forma viitoarele canale deferente, veziculele seminale şi epididimul. La sexul feminin se atrofiază progresiv şi dispar. Din ele pot rămîne resturi embrionare, care pot genera tumori. Resturile embrionare wolffiene la femeie sînt:

a) *Hidatida pediculată Morgagni*, este o veziculă suspendată printr-un pedicul de infundibulul tubar (pavilionul trompei). Este un vestigiu inconstant al primelor două canalicute mezonefrice şi al extremităţii craniale a canalului mezonefric Wolff (fig. 773 B),

b) *Corpul Rossenmuller sau epoophorul Waldeyer*, este situat în grosimea mezosal- pingelui, între ovar şi tuba uterină (fig. 773 B). Este format dintr-o serie de canalicule şi reprezintă resturile porţiunii craniale a tubilor mezonefrici şi a canalului Wolff.

c) *Paroophorul Waldeyer* (fig. 773, B), se poate observa la făt şi la fetiţele mici sub forma unor corpusculi galbeni-bruni plasaţi în ligamentul larg, în vecinătatea hilului ovarului.

3. Canalele Gărtner, reprezintă segmentul caudal extramezonefric al canalelor Wolff. La unele ierbivore (vacă) acest canal este constant.

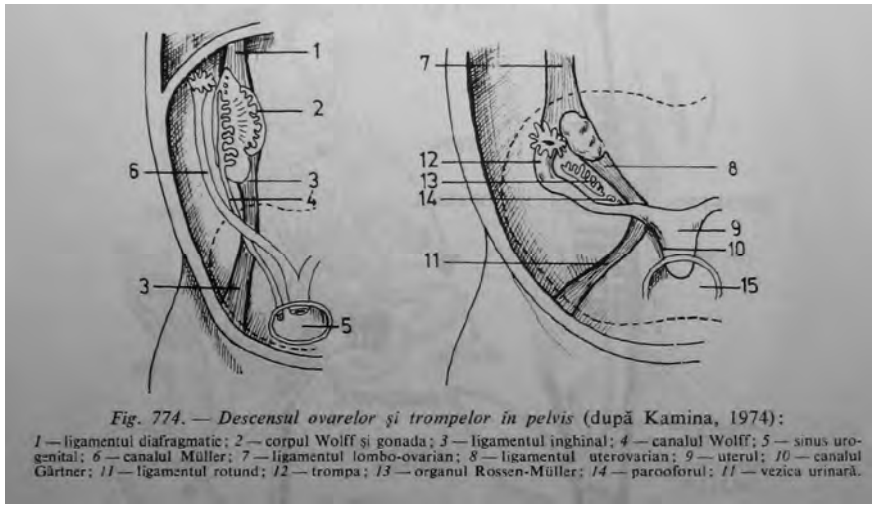


Fig. 774. — Descensul ovarelor şi trompelor în pelvis (după Kamina, 1974): *1* — ligamentul diafragmatic; *2* — corpul Wolff şi gonada; *3* — ligamentul inghinal; *4* — canalul Wolff; *5* — sinus urogenital; *6* — canalul Müller; *7* — ligamentul lombo-ovarian; *8* — ligamentul uterovarian; *9* — uterul; *10* — canalul Gărtner; *11* — ligamentul rotund; *12* — trompa; *13* — organul Rossen-Müller; *14* — paroforul; *11* — vezica urinară.

La femeie, atunci cînd persistă, aceste canale sînt situate de o parte şi de alta a uterului (regiunea istmului uterin), prelungindu-se în jos pe marginile laterale ale vaginului, uneori pînă la introitul vulvar.

Canalele Gărtner sînt sursa chisturilor vaginale sau a unor tumori maligne ale vaginului.

4. Canalele Miiller sau duetele paramezonefrice se dezvoltă la embrionul feminin sub influenţa hormonilor ovarieni fetali cortecina (Chiriac, M. ş.a.— 1980), formînd diferitele segmente ale căilor genitale feminine (trompele, uterul şi vaginul).

Rareori poate persista septul despărţitor al canalului utero-vaginal, fapt ce generează malformaţii ca: uterul didelf, uter septat etc.

Ovarul format descinde în ultimele luni ale fătului în pelvis (fig. 774) şi fostele mezouri ale corpului Wolff vor da naştere ligamentelor largi şi mezo- ovarului.

★

Prezentăm (după Evans şi Ashley, J. — 1978) cîteva tumori ovariene derivate din resturile embrionare ovariene.

1. Disgerminomul ovarian (sinonime : seminomul ovarian, carcinom embrionar cu stromă limfoidă, carcinom cu celule mari, carcinom alveolar, gonocitom).

— Histogenetic ar deriva din celulele germinale (care au origine extragona- dală, imigrează în ovar, participînd la funcţia de reproducere).

— Morfologic se aseamănă cu seminomul testicular.

Muller apreciază frecvenţa acestei tumori la 2% din toate neoplasmele ovarului. Pe lîngă faptul că apare în ovare disontogenetice, este însoţit de stigmate de pseudohermafroditism, hermafroditism sau infantilism genital. Poate apărea la subiecţii cu sindrom Turner. Este bilateral în mod succesiv în 15—40% din cazuri, *dar prezintă particularitatea că dacă tumoarea unilaterală este îndepărtată, tumoarea din ovarul controlateral nu mai apare.* în unele cazuri are o activitate endocrină producînd gor.adotrofine în exces (reacţia Ascheim-Zondek pozitivă). Prezenţa secreţiei de gonadotrofine corionice este legată de persistenţa intratu- morală a unor elemente celulare de chorioepiteliom.

Rareori este însoţit de hirsutism şi virilism, iar în rare cazuri prezintă efecte estrogenice.

Atîta timp cît tumoarea nu a spart capsula ovariană, îndepărtarea sa chirurgicală are un prognostic bun, fapt ce a permis unor ginecologi instituirea unui tratament limitat numai la extirparea unilaterală în această fază. Atunci cînd capsula este spartă de tumoare, prognosticul este sumbru, producînd metastaze în epiploon, peritoneul parietal, ganglionii retroperitoneali sau la distanţă (ficat, plămîni, oase).

Este foarte radiosensibil.

La 5 ani supravieţuirea este de 12—27%.

2. Teratoamele ovariene, provin probabil din celulele germinale anormale; atunci cînd au localizare extraovariană provin din celulele germinale care s-au rătăcit în migraţia lor embrionară spre gonade. Deosebim diferite forme de teratoame:

a) Teratoamele chistice (denumite şi teratoamele mature), conţin structuri provenite din toate straturile embrionare. *Chistul dermoid* este frecvent întîlnit (10% din toate tumorile ovariene), iar în 18% din cazuri este bilateral. De obicei este surprins în faza de tumoare benignă (ele putîndu-se şi maligniza în 2%).

b) Teratoamele solide (şi polichistice) conţin ţesuturi provenite din toate cele 3 straturi embrionare.

Majoritatea teratoamelor solide sînt maligne (cu leziuni de tip carcinomatos sau sarcomatos). Sînt foarte metastazante. Operate în faze incipiente, fără ca malignitatea să fi spart capsula, pot fi radical curabile.

c) Guşa ovariană este formată din ţesut tiroidian, putînd produce şi fenomene de tireotoxicoză. Dintre teratoamele ovariene 2,7% sînt cu ţesut tiroidian. De obicei benignă, malignizarea duce la o metastazare similară cu aceea a cancerelor tiroidiene.

d) Gonadoblastomul este înrudit cu disgerminomul ovarian. în 30% interesează ambele ovare. Pot secreta uneori hormoni, androgeni, alteori estrogeni. Operat în faze iniţiale, prognosticul este bun.

3. Unele tumori ovariene cu activitate hormonală au tot o origine disem- brioplazică.

— Histogeneza tecoamelor şi a tumorilor cu celule de granuloasă este explicată prin persistenţa unor celule mezenchimale primitive, capabile de diferenţiere spre cele două tipuri de tumori. Sînt tumori înrudite histogenetic şi produc estrogeni. Există şi forme neproducătoare de hormoni.

a) Tecoamele rar întîlnite (23 cazuri în 34 ani la Clinica Mayo), sînt în general benigne, dar pot şi degenera malign (13 cazuri descrise în literatură după Ashley, 1978).

b) Tumorile de granuloasă sînt mai frecvente (5-—7% din toate tumorile ovariene). In 90% sînt unilaterale. Se malignizează în proporţie de 5-—15% şi au o malignitate redusă, recidivele apărînd tardiv după extirpare (după 5 ani).

c) O altă tumoare producătoare de hormoni de astă dată masculini, este şi arhenoblastomul. Prezumţia că îşi are originea în elementele masculine restante în ovar nu mai este atît de sprijinită azi. Se admite că îşi are originea în celulele indiferente, dar direcţionate masculin, care au persistat în «rete ovarii». în realitate, efectul lor virilizant este rar întîlnit (numai 0,4% din toate tumorile ovariene), majoritatea nu sînt evident virilizante. în 22 % din cazuri se malignizează, producînd metastaze. Apar de obicei înspre 30 ani şi produc virilizarea, ce invo- luează după extirparea tumorii. Este rar bilaterală (5%).

Ca variantă histologică a arhenoblastomului, citäm adenomul tubular testi- cular al ovarului şi care histologic seamănă cu testiculul criptorhidic.

încheiem enumerarea tumorilor disembriogenetice ovariene prin menţionarea încă a două tumori, explicate prin degenerarea incluziunilor embrionare rămase din mezonefrosul corpului Wolff.

— *Mezonefrom ovarii,* care este o tumoare malignă rar întîlnită în practică, şi

— *Tumora cu celule clare* (cunoscută şi sub denumirea de adenocarcinomul cu celule clare sau tumoarea mezonefrotică), care este şi ea rar întîlnită.

Am prezentat toate aceste tumori embrionare, deoarece geneza, comportarea clinică şi particularităţile terapeutice ale acestor tumori nu pot fi înţelese fără cunoaşterea elementelor de embriogeneză ovariană pe care le-am expus succint.

IV. PARTICULARITĂTILE DISEMINĂRII CANCERELOR OVARIENE

Medicul care are sarcina să trateze cancerele ovariene va efectua mecanic tratamentul, fără să-i înţeleagă eficienţa şi mai ales limitele acestei eficienţe dacă nu va cunoaşte unele particularităţi biologice ale evoluţiei naturale a cancerelor ovariene. Deja însuşirea noţiunilor privitoare la importanţa aprecierii exacte a stadiului clinic, aprecierea importanţei tipului histopatologic şi a gradingului de malignitate ca şi cunoştinţele căpătate asupra histogenezei şi embriogenezei tumorilor ovariene, prezentate în capitolele anterioare îi creează o viziune mult mai largă asupra modului cum trebuie conceput tratamentul acestor cancere.

Pentru a înţelege şi mai bine dificultăţile terapeutice, medicul terapeut va trebui să cunoască şi unele particularităţi ale diseminării cancerelor de ovar, pe care le prezentăm succint mai jos.

Cancerul de ovar disemineză pe 3 căi:

1. Calea intraperitoneală;
2. Calea limfatică
3. Calea venoasă.

1. Calea diseminării In cavitatea peritoneală este cea mai importantă şi cea jmai frecvent întîlnită. Asistăm la acest paradox: boala este a ovarelor iar moa: tea survine prin îmbolnăvirea secundară a seroasei peritoneale, fapt care generează ocluziile intestinale iterative, imposibil de rezolvat chirurgical.

Diseminarea se produce, deoarece cancerele ovariene îşi descuamează celulele canceroase chiar din stadiul incipient (Stadiul I) al bolii. Şi alte cancere digestive ajunse pînă la seroasa peritoneală (cancerul gastric, cancerul colic etc.) îşi descuamează celulele canceroase, dar ritmul de descuamare este mai lent, iar celulele descuamate nu se grefează pe restul seroasei peritoneale cu aceeaşi aviditate ca celulele cancerelor ovariene. Explicaţia acestui tropism ar putea fi originea embrio- logică similară atît a seroasei peritoneale cît şi a stratului epitelial germinativ de înveliş al ovarelor, ambele provenind din epiteliu celomic primitiv (Munteanu, S., Chiricuţă, I., Mârza, V. — 1978).

Dovada că neoplasmele ovariene, chiar în fazele incipiente (Stadiul I al bolii) îşi descuamează celulele maligne am avut-o prin găsirea celulelor canceroase în lichidul de spălătură al cavităţii peritoneale imediat după laparotomie (Chiricuţă, || David Elisabeta — 1975).

Piver, St., Lopez, R. şi Barlow, J. (1977) care au cercetat în mod mai organizat ca noi această problemă, găsesc o citologie pozitivă după lavajul peritoneal în 55% din cancerele ovariene descoperite în stadii incipiente (Stadiul î—II), iar Keettel, W. (1974) găseşte pozitiv lavajul în 45% (Stadiul I a,b,c,).

Concluzia practică este că neoplasmele ovariene trebuie considerate chiar în momentul apariţiei lor (Stadiul I) ca posibil diseminate microscopic în cavitatea pelviană şi peritoneală. Probabil că nu toate aceste celule neoplazice vor prinde şi vor deveni metastaze, deoarece seroasa peritoneală ca şi marele epiploon prin proprietăţile lor imunofagocitare, vor distruge foarte multe din aceste celule, dacă nu pe toate.

Soarta bolnavei va depinde de integritatea şi promptitudinea reacţiilor imuno* logice ale organismului. Aşa se explică că în chistadenocarcinoamele ovariene incipiente (Stadiul I a) se pot obţine prin simpla exereză chirurgicală între 80— 90% vindecări la 5 ani. Dacă însă chistul malignizat s-a rupt şi lichidul endochistic s-a scurs în peritoneu sau dacă chistul a avut excrescenţe canceroase pe suprafaţa sa exterioară, vindecarea scade la 56—70% cu toate că stadiul a fost incipient (Stadiul I) (R. Young, R. Fisher, 1978).

Grefarea acestor celule descuamate se face cu preferinţă în locurile declive: fundul de sac Douglas şi peritoneul pelvin (cel mai frecvent), spaţiile parieto- colice (bilateral) şi peritoneul parietal. Spaţiile parieto-colice în care am găsit deseori însămînţări canceroase în stadii incipiente, le-am denumit « şosele de diseminare», şi ele trebuiesc explorate întotdeauna de chirurg. De asemenea chirurgul va trebui să examineze în toate cazurile, peritoneul diafragmatic, pe care va constata foarte frecvent însămînţări canceroase [Piver, S., Lopez, R., ş.a., (1977) găsesc metastaze peritoneale diafragmatice în 44 % din cancerele ovariene laparotomizate]. De fapt, însămînţarea peritoneului diafragmatic este considerată ca o însămînţare pe cale limfatică şi vom mai reveni asupra problemei cînd vom discuta calea limfatică.

Un fapt paradoxal observat de noi este că peritoneul visceral (enteral) se lasă cel mai tîrziu invadat de celulele canceroase descuamate, şi probabil că motili- tatea intestinală se opune un timp la acest grefaj.

2. Calea diseminării limfatice a cancerelor ovariene. Cu toate că este deosebit de importantă i s-a ignorat însemnătatea pînă în ultimii ani cînd studii limfografice au adus-o în actualitate.

Dacă majoritatea cazurilor de cancer ovarian sucombă prin ocluziile generate de prinderea seroasei peritoneale, am întîlnit în practică numeroase cazuri care au sucombat printr-un ileus paralitic, consecinţa invadării masive canceroase a ganglionilor mezenterici şi retroperitoneali, fapt ce transformă mezenterul într-un cordon lat, dur şi rigid, situaţie care împiedică evoluarea undelor peristaltice intestinale. Observaţiile noastre în peste 700 cazuri ne fac să susţinem că există cancere ovariene cu tropism pentru seroasa peritoneală, după cum există cancere ovariene cu tropism in'ţial pentru reţeaua limfatică, retroperitoneală. In stadiile înaintate sînt invadate atît peritoneul cît şi limfaticele cu ganglionii limfatici retroperitoneali.

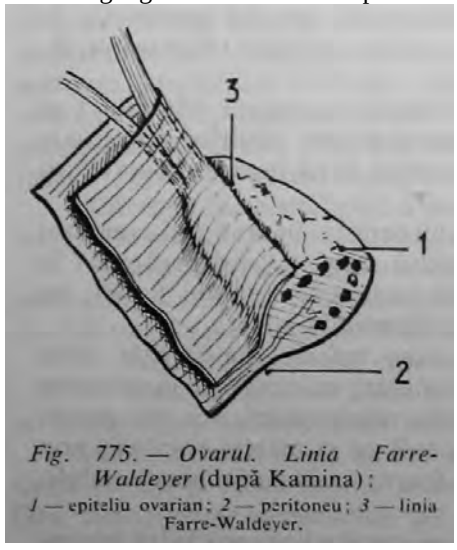


Fig. 775. — Ovarul. Linia Farre-Waldeyer (după Kamina):
1 — epiteliu ovarian; *2* — peritoneu; *3* — linia Farre-Waldeyer.

Extinderea limfatică se face pe 3 căi: a) *Calea limfaticelor sub peritoneale,* mecanism de invadare explicat p: in faptul că ovarul este plasat anatomic ca un eisberg 1/2 din organ fiind direct în cavitatea peritoneală şi 1/2 din organ fiind plasat subperitoneal, hotarul între peritoneu şi epiteliu germinativ ovarian fiind linia de demarcare descrisă de Farre-Waldeyer (fig. 775).

Trunchiurile limfatice merg fie spre ganglionii iliaci externi, interni şi piimitivi, fie merg spre ganglionii mezenterici şi retroperitoneali aortico-cavi. Knapp şi Friedmann (citaţi de Mattingly, 1978) pe 26 cancere ovariene operate Stadiul I a găsit în 5 cazuri (20%) ganglioni retroperitoneali paraaortici invadaţi canceros.

b) *Calea limfaticelor vaselor ovariene,* ce merg ascendent prin ligamentele lombo-ovariene spre ganglionii aortico-cavi juxta renali.

c) *Calea limfatică transdiafragmatică* a cărei importanţă a fost remarcată abia în ultimii ani.

Vom reda după G. Feldman şi Knapp (1974) evoluţia acestor studii. Studiile experimentale şi anatomice ale acestor autori ca şi altele mai vechi ale lui Plente — 1971, Jaffey — 1970. arată că particule de tuş sau hematii marcate, introduse în cavitatea peritoneală sînt luate de curentul lichidului peritoneal*, existent la toate animalele, şi duse spre diafragm prin mişcările peristaltice intestinale şi respiratorii diafragmatice. Seroasa peritoneală diafragmatică, ca şi întreg muşchiul diafragm posedă o reţea limfatică foarte densă, la nivelul diafragmei realizîndu-se un adevărat dispozitiv de pompare şi propulsare a limfei. De aici limfa este împinsă spre canalele limfatice retrosternale, ganglionii mediastinali anteriori, este colectată de canalul colector toracic drept, ajungînd în final în vena subclaviculară dreaptă. Această cale este urmată de 80% din limfa endoperitoneală, restul de 20% drenîndu-se prin capilarele limfatice ale restului seroasei peritoneale.

Experimental, pe şoareci, Feldman şi Knapp au introdus intraperitoneal lichid ascitic cu celule canceroase recoltate din ascita unor şoareci ce aveau cancer ovarian şi a constatat că după 3—5 zile, limfaticele diafragmatice erau pline cu trombi canceroşi.

Studii necropsice efectuate pe femei cu cancere ovariene (Bergman — 1966' citat de G. Feldman şi Knapp— 1974) au găsit metastaze în 50% din ganglionii mediastinali şi 45,7% în ganglionii supraclaviculari.

Bagley şi colab. (citat de G. Feldman şi Knapp) au efectuat laparoscopii la 15 femei cu cancer ovarian (la 4 săptămîni postoperator). în 11 din 14 cazuri au găsit noduli canceroşi (confirmaţi biopsie) pe peritoneul diafrăgmatic şi la 7 din 14 cazuri, aceştia au fost singura localizare în etajul supramezocolic. Un caz era în Stadiul I a, 2 cazuri din 7 erau în Stadiul II B şi 4 cazuri în Stadiul III de neoplazie ovariană. Interesant este că în niciunul din aceste 14 cazuri, la care s-a efectuat în prealabil laparotomia, niciunul din chirurgi nu a cercetat intraoperator suprafaţa diafragmului.

în ceea ce ne priveşte noi am luat obiceiul de a explora obligatoriu intraoperator diafragmul*.

Reamintim că Piver, S., ş.a. (1977) au constatat că 44% din cancerele ovariene operate (toate stadiile) au avut noduli canceroşi (confirmaţi biopsie) pe peritoneul diafragmatic.

Unii autori (Feldman, G. şi Knapp, 1974) explică ascita întîlnită în cancerele ovariene ca rezultat al blocării căilor limfatice transdiafragmatice prin emboli tumorali, fapt ce ar « defecta» această pompă limfatică diafragmatică.

Personal nu sîntem de aceeaşi părere, pe simpla observaţie clinică că avem mai multe cazuri de cancere ovariene incipiente cu ascită (hemoragică în cîteva observaţii) care s-au vindecat după 5 ani după simpla histerectomie totală cu anexectomie bilaterală. Dacă ascita ar fi fost explicată prin blocajul neoplazic al limfaticelor diafragmatice, vindecarea nu s-ar fi produs**.

3. Calea venoasă de diseminare, clasic admisă, explică metastazele extra- abdominale (cerebrale, pulmonare etc.).

Metastazele pulmonare situate în vecinătatea diafragmului ca şi cele media- stinale pot fi explicate şi prin metastazarea limfatică. Spre diferenţă de cancerul de sîn, melanomul malign, cancerul tiroidian etc. care metastazează frecvent pe cale venoasă, cancerul ovarian metastazează rar la distanţă.

Acum după ce am prezentat pericolul diseminării cancerelor ovariene, să studiem valoarea metodelor propuse pentru vindecarea sau ameliorarea acestei boli atît de periculoase, şi să vedem care este poziţia chirurgului în faţa acestei boli.

V. METODELE TERAPEUTICE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI OVARIAN ŞI LIMITELE LOR

Sînt cunoscute 3 genuri de tratamente în cancerul ovarian:

1)Tratamentul chirurgical;

2)Tratamentul chimioterapie;

3)Tratamentul radiologie.

Tratamentul hormonal îl vom prezenta odată cu cel chimioterapie, iar tratamentul imunologic are efecte atît de vagi, încît ne limităm numai să-1 amintim*.

Pentru ca ginecologul să nu utilizeze mecanic metodele terapeutice enunţate, ci să aibă o tactică şi strategie terapeutică raţională adecvată fiecărui caz în parte,, el trebuie să cunoască foarte bine noţiunile expuse în capitolele anterioare (dificultăţile diagnosticului precoce, stadializare, clasificările anatomo-patologice, importanţa gradingului de malignitate şi modul de diseminare al neoplaziei).

1. TRATAMENTUL CHIRURGICAL ŞI LIMITELE LUI

Logic, exereză chirurgicală, ar trebui să vindece leziunea canceroasă în fazele- incipiente (Stadiul I şi II). Tipul de operaţie unanim admis este histerectomia totală cu anexectomie bilaterală (H.T. '+ A.B.). Este operaţia care extirpă radical acest «tot» anatomo-funcţional atins de malignitate: uterul şi anexele. Trebuie extirpate ambele anexe fiindcă foarte deseori ambele ovare sînt atinse de malignitate, simultan sau în etape distanţate în timp.

Kottmeier găseşte bilateralitatea cancerelor în 60% din chistadenocarci- noamele seroase ale ovarului, 20% în chistadenocarcinoamele mucinoase şi în 30% în carcinoamele endometrioide. Miller (1937) constată bilateralitatea în 50,5%; Kermauner în 36,2% iar Purola în 42 din 77 cazuri studiate (toţi autorii citaţi după Lansac, 1973).

Şi astăzi se discută de unii dacă în Stadiul I a (cancer incipient localizat la un singur ovar) nu s-ar putea extirpa la femeile tinere doar ovarul găsit lezional. Se citează experienţa lui Munnell (acumulată între 1922—1961 şi ci iată de Lansac,. 1973), care pe 191 paciente în Stadiul I a obţinut 79% vindecări la 5 ani pe pacientele (145 cazuri) operate radical (H.T. + A.B.) şi 74% cînd a practicat anexectomia unilaterală (46 cazuri). în această serie operată conservator autorul a înregistrat şi 10 sarcini duse la termen la 6 paciente. Un ginecolog de mare prestigiu ca Mattingly (1978) succesorul şcolii lui Te Linde, este extrem de reţinut asupra chirurgiei conservatoare chiar atunci cînd este aplicată numai la Stadiul I a. El afirmă: « Pot fi luate în discuţie pentru operaţii conservatoare numai leziunile mici (Stadiul I a n.n.) de tumori de granuloasă, de disgerminoame (seminoame II.IL) arhenoblastoame şi tumoarea de granuloasă*. Chirurgia conservativă are un loc foarte limitat în tratamentul tumorilor ovariene maligne», şi mai departe continuă: «nu găsim cauze convingătoare pentru tratamentul conservativ al cancerului indiferent de vîrsta pacientei».

Deoarece sîntem convinşi de responsabilitatea mare pe care şi-ar asuma-o chirurgul care ar practica o chirurgie conservatoare în cancerul ovarian, sîntem partizanii totali ai operaţiei radicale (H.T. + A.B.) în aceste situaţii, chiar dacă aparent leziunea este strict limitată la un singur ovar**.

Dereglările hormonale apărute la femeile tinere lipsite de ovare vor fi corectate prin tratamente hormonale susţinute. Trebuie avut în vedere că o recidivare a bolii după prima operaţie cu intenţie curativă, este foarte greu de vindecat. De aceea trebuie de la început să optăm pentru operaţia maximă care să asigure securitatea totală, chiar în cazurile incipiente ale cancerului (Stadiul I şi II).

în general preferăm histerectomia totală cu anexectomie bilaterală, dar dacă sînt condiţii grele operatorii (de exemplu, cancer de ovar asociat cu un fibrom mare uterin), mai bine practicăm o histerectomie subtotală, decît să ne expunem Ia lezarea vezicii sau rectului. Nu se cunosc publicate recidive de cancer ovarian din cauza colului rămas. Deci histerectomia subtotală este admisă, dar ca operaţie de excepţie. Se discută mult dacă este necesară extirparea marelui epiploon, dat fiind marele procent de însămînţare a lui cu celule neoplazice, chiar în fazele incipiente ale bolii.

Dacă epiploonul este găsit macroscopic cu metastaze, el va fi obligatoriu extirpat în întregime. Se face o greşală că nu se extirpă epiploonul în întregime, împreună cu arcul vascular al arterelor gastro-epiploice, aflat în imediata vecinătate a marii curburi gastrice. în jurul acestor vase se găsesc ganglionii limfatici ce colectează limfaticele epiploonului şi ei sînt prinşi canceros deseori (fig. 776).

Lăsarea lor pe loc asigură continuarea evoluţiei cancerului. Irigaţia gastrică nu va suferi, deoarece va fi asigurată prin arterele coronară gastrică şi pilorică, rămase pe mica curbură.

Ideea lansată de unii autori de a extirpa epiploonul numai dacă găsim metastaze la examenul histopatologic extemporaneu o respingem ca greşită, deoarece se poate ca în fragmentul epiploic recoltat pentru examen biopsie să nu existe focare metastatice, ele existînd în alte locuri pe suprafaţa extinsă a epiploonului. De aceea preferăm să-I extirpăm sistematic în orice stadiu al bolii, chiar în stadiul I a.

în schimb, dacă în timpul manevrelor operatorii tumoarea canceroasă chistică s-a spart şi conţinutul lichidian plin de celule canceroase determină în mod sigur o însămînţare canceroasă a întregii cavităţi peritoneale, spălăm amplu cavitatea peritoneală cu ser fiziologic cald (2—3 litri), aspirăm, şi epiploonul îl lăsăm pe loc, urmînd să-1 extirpăm obligatoriu cu ocazia laparotomiei de control ce o vom practica peste 6 luni. Această măsură este luată, deoarece epiploonul are proprietatea (imunologică desigur) « să aspire » celulele neoplazice diseminate în cavitatea peritoneală prin ruperea acestor chisturi maligne. Dacă am scoate sistematic epiploonul la prima laparotomie în situaţiile expuse anterior, celulele canceroase rămase libere în cavitatea peritoneală se vor fixa inevitabil pe restul seroasei peritoneale parietale sau viscerale.

La a 2-a laparotomie de control deseori găsim în epiploon determinări neoplazice, explicate prin mecanismul expus; atunci vom extirpa sistematic epiploonul.

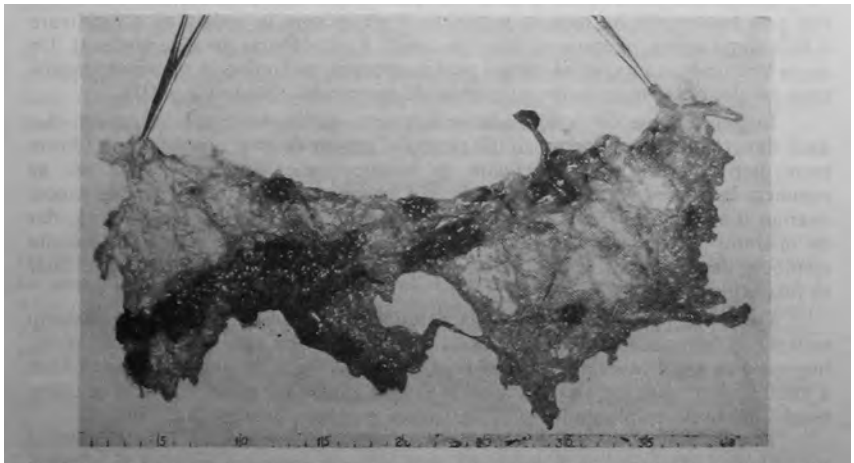


Fig. 776. — Marele epiploon extirpat în întregime (caz personal). Se observă metastazele epiploice ale unui cancer ovarian. Pe marginea liberă superioară se observă ganglionii canceroşi din jurul vaselor gastro-epiploice extirpate în bloc cu epiploonul.

în stadiile II şi III epiploonul este extirpat sistematic cu ocazia primei lapa- rotomii. Ideea că epiploonul ar fi un « mare ganglion limfatic al abdomenului» şi că ar elabora anticorpi anticanceroşi, ademenitoare ca doctrină, o respingem în practică, deoarece el dă dovadă că se lasă prematur invadat neoplazic.

Unii autori (Carter 1964, Long 1963 — citaţi de Lansac) susţin că omentec- tomia nu ar modifica prognosticul stadiului I a, şi de aceea recomandă extirparea numai pentru stadiile II şi III.

Munell în schimb este ferm partizanul omentectomiei de principiu. în stadiul I a el a obţinut 82% supravieţuiri la 5 ani atunci cînd a scos epiploonul şi numai 45% cînd nu a extirpat şi epiploonul.

în concluzie pentru stadiul I (a, 6, c) operaţia optimală este H.T. -f- A.B. asociată cu omentectomia totală.

Dacă din eroare diagnostică s-a efectuat o simplă anexectomie şi confirmarea certă a malignităţii prin examenul histopatologic parvine după 7 zile, se impune relaparotomizarea bolnavei după 3-—4 săptămîni şi efectuarea histerectomiei de completare, îndepărtîndu-se şi anexa opusă, inclusiv epiploonul.

Apare clar că pentru chirurgul care cunoaşte bine problemele generale ale cancerului de ovar, probleme pe care le-am descris în capitolele anterioare, exereză chirurgicală oricî de largă ar fi (H.T. + A.B. + omentectomie), nu-i creează un sentiment de securitate absolută nici măcar pentru stadiul I.

Există temerea că celulele sigur exfoliate în marea cavitate peritoneală pot genera noi tumori în lunile şi anii următori. De aceea el va fi obligat să recurgă la o a doua metodă terapeutică, chimioterapia, în speranţa că va reuşi să distrugă aceste celule canceroase migrate.

Vedem deci că nici în stadiul cel mai incipient al bolii (Stadiul I) tratamentul chirurgical efectuat ca unic act terapeutic nu poate asigura vindecarea neoplaziei. Dar în stadiul I se prezintă abia 10% din bolnave (vezi cauzele diagnosticului tardiv); care va fi situaţia chirurgului faţă de stadiile mai avansate ale bolii (90 % din cazuri) cînd neoplazia interesează şi seroasa peritoneului sau viscerele abdominale (colon, intestin, etc.)? în aceste situaţii chirurgul va fi obligat să recurgă la metodele unei « chirurgii agresive», extirpînd (atunci cînd tehnic este permis şi se întrevăd speranţe de vindecare sau ameliorare a bolii), zone largi anatomice entero-utero-anexiale. Se vor extirpa (de exemplu în stadiul II b şi c) întreg peritoneul pelvian cu zonele de însămînţare canceroasă în bloc cu uterul şi anexele realizîndu-se acea «*histerectomie subperitoneală*», propusă de Chiricuţă încă din 1958.

Operaţia începe prin incizarea peritoneului de jur împrejurul strîmtorii superioare a pelvisului, decolează întreg peritoneul pelvian (atenţie la uretere) inclusiv peritoneul ce acoperă vezica urinară, apărînd evident în plagă ureterele şi arterele uterine. Se efectuează apoi histerectomia totală sau subtotală şi pelvisul rămîne neperitonizat. Cînd există dificultăţi în decolarea peritoneului pelvian (mai ales în zona fundului de sac Douglas) se va utiliza metoda infiltrării de ser fiziologic cu seringa, subperitoneal (prepararea hidraulică a ţesuturilor). Piesa operatorie (uter şi peritoneu) arată ca o « balerină cu rochia evazată » (fig. 777).

Operaţii similare recomandă şi Hudson, N. (1968) şi Munnell W. (1969). în cadrul chirurgiei agresive pentru stadiul III intră şi *extirpările foarte largi ale peritoneului parietal*, cancerul de ovar diseminat nemaifiind o boală a ovarelor ci mai degrabă a peritoneului. Am avut cazuri în care în afară de peritoneul pelvian am extirpat în întregime zone largi din peritoneul parietal al spaţiilor parieto-colice bilateral (în total cca. 500 cmp de peritoneu).

Lipsa peritoneului parietal pe zone întinse nu va tulbura cu nimic dinamica digestivă, profilaxia aderenţelor vicioase între ansele intestinale fiind realizate prin tehnica mezoplicaturii recomandate de Childs Philipps (Chiricuţă, I., Po- pescu, V., Ordeanu, A., —1973).

Tot în cadrul chirurgiei agresive pentru stadiul III intră şi extirpările colice (hemicolectomie dreaptă sau rezecţie rectosigmoidiană) ca şi zone limitate din intestinul subţire.

Chirurgul ginecolog singur nu poate rezolva tehnic aceste probleme şi va trebui să recurgă la o colaborare strînsă cu un chirurg familiarizat cu problemele chirurgiei oncologice. Indicaţia acestor rezecţii viscerale va fi bine cîntărită şi cu mare simţ de răspundere.

«*Chirurgia agresivă*» este permisă numai dacă, utilizînd-o, îndepărtăm total masele canceroase diseminate în abdomen sau dacă măcar asigură o reducere maximală a însămînţărilor neoplazice peritoneo-viscerale. Ea cere o tehnicitate

.chirurgicală excepţională. Se realizează astfel conceptul « *chirurgiei de reducere*» «concept preconizat azi de numeroşi chirurgi oncologi, care urmăresc reducerea la maximum a maselor tumorale mari, rămănînd ca resturile tumorale de mici .dimensiuni (cu diametru ^ 1 cm) să fie distruse ulterior de o chimioterapie şi radioterapie bine condusă.

Este interesant de semnalat că la principiul « chirurgiei agresive de reducere» .au aderat chiar radiologii, respectiv una dintre cele mai prestigioase instituţii .de radioterapie, cum este Institutul Radiumhemet din Stockholm, specializat în tra tamentul cancerelor ovariene şi alţii (Jelenievska, A., — 1968; Kottmeier, L.,—1967; Kottmeier, L.,- 1968; Rickford, B. şi Girtaner, - 1979; Griffiths, - 1978; Piver—1975).

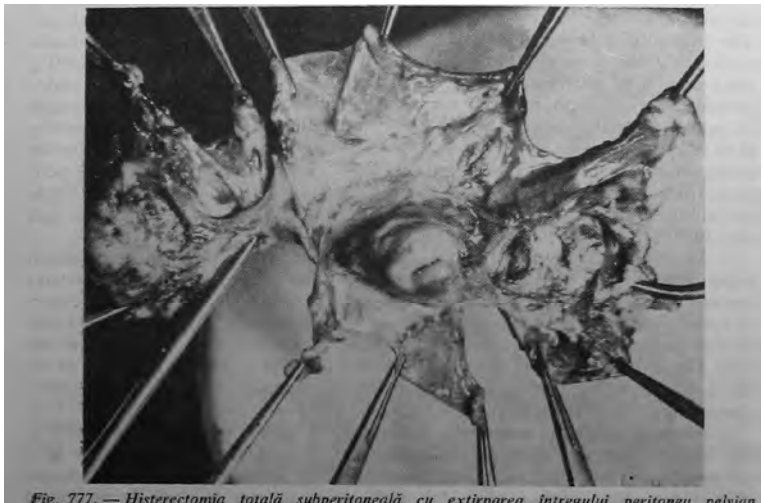


Fig. 777. — Histerectomia totală subperitoneală cu extirparea întregului peritoneu pelvian însămînţat neoplazic (tehnica I. Chiricuţă). Pe piesa operatorie se poate observa colul uterin înconjurat de întregul peritoneu pelvian, extirpat (Histerectomie cu racletă peritoneală). Bolnavă de 30 de ani, care avea însămînţări canceroase pe peritoneul pelvian extirpat, tratată cu citostatice intraperitoneal şi parenteral a fost vindecată definitiv (verificare prin 2 second-look). Urmărită vindecarea de 8 ani.

Este inutil să mai atragem atenţia că operaţiile pentru cancer ovarian nu pot fi efeetuate prin laparotomii mici sau incizii Pfannenstiel. Uneori laparotomia executată de noi a fost xifo-pubiană.

încheiem expunerea tratamentului chirurgical, prezentînd chirurgului şi importanţa «chirurgiei de control» (cunoscută în literatura anglo-saxonă sub gumele de « second-look»), idee lansată de Wangensteen în 1954.

Reîntervenţia de control se impune în cancerele ovariene recunoscute prin (tendinţa lor mare la recidivare. Este preferabil să extirpăm recidivele cînd sunt de dimensiuni reduse decît să încercăm extirparea lor cînd vor fi mari şi vor infiltra zone mari anatomice. Aceste reintervenţii se vor face tot la 6 luni interval şi impun un control al întregii cavităţi peritoneale, ducînd la extirparea recidivelor.

Principiul reintervenţiilor de control în oncologie este astăzi unanim admis (Kottmeier, L. —1967; Ribalka, N. —1967; Chiricuţă, I., Bologa S. —1969; Smith-Rutledge —1975; Piver —1975).

Indicaţia de « second-look» întîmpină reale dificultăţi psihologice pentru paciente, şi chirurgul va trebui să ducă o muncă de lămurire foarte abil condusă.

în cazurile disperate (ocluzii) nu rămîne decît practicarea unor operaţii paleative (anus iliac, entero-anastomoze etc.).

Cu toate aceste metode chirurgicale complexe, chirurgul îşi dă seama că de unul singur poate face prea puţin în această boală posibil diseminată chiar din stadiul incipient. De aceea el este obligat să recurgă la alte metode terapeutice.

2. CHIMIOTERAPIA CANCERELOR OVARIENE

Apariţia chimioterapiei a marcat o cotitură hotărîtoare în tratamentul cancerelor de ovar. Ea permite speranţa unei vindecări definitive, cel puţin pentru cancerele incipiente operate radical. Ea poate desfiinţa microînsămînţarea peritoneală a celulelor canceroase. Pentru cancerele avansate, chimioterapia reprezintă astăzi unica metodă paleativă valabilă, care poate prelungi confortabil viaţa cel puţin cîţiva ani.

Chirurgia singură nu putea obţine decît 65—75% vindecări în stadiul I (Mattingly, 1978), pe cînd dacă asociem tratamentul chimioterapie actului chirurgical vindecările la 5 ani pot fi ridicate la 92% (Piver, M.-Barlow, J. —1978).

Problema chimioterapiei cancerelor de ovar a fost tratată pe larg recent de Munteanu, S. Chiricuţă, I., Mârza, V. (1978) în tratatul de chimioterapia cancerului, editat de Institutul Oncologic Cluj, 1978, lucrare din care vom extrage cîteva date mai importante:

Chimioterapia se poate face cu un singur citostatic (monochimioterapia) sau cu un cocteil de mai multe substanţe citostatice (polichimioterapia). Substanţele chimice se pot administra direct intraperitoneal (chimioterapia endocavitară) sau parenteral (chimioterapia pe cale sistemică).

a) *Chimioterapia cu o singură substanţă citostatică.*

-rr- Substanţele alkilante par să fie cele mai active în cancerele de ovar. în general rata de răspuns a fost de pînă la 50%, multe bolnave în faze avansate (5—15%) fiind menţinute în viaţă mai mult de 2 ani exclusiv prin tratamentul chimioterapie.

în stadiul I, Julian şi Woodruff (ci.at de Tobias, 1976) au tratat postoperator cu *Clorambucil* 14 paciente, timp de 5 săptămîni: 13 cazuri erau în stare bună la 5 ani postoperator. Alţi autori nu au obţinut rezultate la fel de bune(Neyl, 1972).

în general, există o experienţă mai mare pentru cancerele avansate de ovar şi operate (Stadiul III). Dacă nu se pot obţine vindecări, se obţin ameliorări interesante. De exemplu Smith şi Rutledge (citat de Munteanu, S. şi colab., 1978) de Ia M. D. Anderson Hospital (SUA) tratînd cu Melphalan* 494 cazuri, au obţinut un răspuns bun în 47% din cazuri, durata răspunsului depinzînd de tipul histologic al tumorii: pentru carcinomul mucinos 46,4 luni, pentru chistadenocarcinomul seros 28,9 luni şi pentru carcinomul nediferenţiat 22,9 luni.

Din cazurile care au răspuns pozitiv 42% erau încă în viaţă la 2 ani de la începutul chimioterapiei în timp ce în lotul rezistent la chimioterapie nu erau în viaţă decît 10%.

Dintre alkilante preparatul Thio-TEPA s-a dovedit cu o eficienţă bună în cancerele de ovar. Acest preparat ar acţiona mai prompt decît Clorambucilul. Atunci cînd se instalează rezistenţa ta alkilante se poate trece la utilizarea altor citostatice ca: Endoxan (ciclophosphamidă) cu răspuns pozitiv în 44%, Hexamethylmelamina cu 42% răspunsuri pozitive, Adriamycina cu 35% răspunsuri, Methotrexatul cu 30% răspunsuri pozitive. S-au dovedit ineficiente: Actino- micina D, Bleomicina, BCNU, CCNU, 6 Mercaptopurina, Vincristina ş.a. Datele de mai sus se referă la administrarea sistematică (intravenos) sau *per os* a citostaticelor, majoritatea autorilor optînd pentru acest mod de administrare. Cisplatinum (un nou citostatic) oferă noi speranţe după Vogi E. (1979), fapt neconfîrmat încă de alţi autori.

Citostoticele pot fi aplicate şi endocavitar. în Institutul Oncologic din Cluj-Napoca există o mare experienţă cu această cale de administrare. Avem bolnave la care prin introducerea postoperatorie a citostaticelor (Thio-TEPA* sau Endoxan) în cavitatea peritoneală s-a obţinut dispariţia microînsămînţărilor canceroase ce nu au putut fi extirpate operator (verificare cu ocazia laparotomiei de control efectuată după 6 luni). Avem în statistica noastră personală vindecări definitive prin chirurgie radicală ■+• chimioterapie, la bolnave care iniţial păreau lipsite de speranţa vindecării.

b) *Polichimioterapia* face apel la cocteiluri de citostatice ca: ciclophos- famidă, Vincristin şi Trenimon; cu acest cocteil Brandl a obţinut 80% remisiuqi. Chimioterapia are dezavantajul că este toxică şi tratamentul trebuie făcut sub atentă supraveghere hematologică.

Cînd este utilizată în scop curativ (Stadiul I şi II) ea trebuie mînuită în cadrul unei tactici şi strategii terapeutice asupra căreia vom reveni.

c) *Chimioterapia cu substanţe hormonale* nu a fost prea larg folosită în cancerele de ovar. Se pare că dozele foarte mari de progesteron au o acţiune frenatoare asupra cancerului ovarian (Medroxiprogesteronul, preparatul Pro- vera, etc.).

3. RADIOTERAPIA CANCERELOR OVARIENE

Tratament existent de peste 50 de ani, radioterapia era considerată ineficientă în trecut cînd se limita Ia utilizarea radiaţiilor de joasă tensiune (250 Kv). aşa-zisa roentgenterapie sau radioterapia convenţională.

Roentgenterapia clasică nefiind penetrantă, razele X erau reţinute în mare parte de peretele abdominal, ajungînd în profunzime în cantităţi insuficiente pentru a steriliza focarul neoplazic. Ineficienţa lor asupra cancerelor profunde era dublată şi de crearea unor radiodermite tegumentare, dureroase şi uneori imposibil de vindecat.

în ultimii 25 ani, prin aparţia radioizotopilor şi a radiaţiilor cu înalte energii (bomba de cobalt, acceleratorul liniar, betatronul) dotate cu o putere mare de penetrare şi cu posibilitatea concentrării în tumorile profunde a unor doze tumo- ricide, radioterapia cancerelor ovariene a luat un mare avînt.

Dificultăţile de care se loveşte radioterapia astăzi sînt:

1) Sensibilitatea mult mai crescută la radiaţii a epiteliilor intestinului, rinichiului, ficatului şi vezicii urinare în comparaţie cu tumoarea malignă.

De exemplu, parenchimul renal nu poate tolera decît 2 000—2 500 Rad., depăşirea acestor doze putînd determina distrugerea epiteliului secretor renal. Ori pentru a distruge un ganglion canceros de 2 cm diametru este nevoie de a concentra în tumoarea respectivă cca. 7 000 Rad. La această doză, uriaşă, rinichiul, ficatul şi mai ales intestinele suferă leziuni incompatibile cu viaţa.

2) Practica a arătat că numai tumorile mici, sub 1 cm diametru, pot eventual să fie sterilizate de radiaţii. De aici rezultă că radioterapia (chiar cea modernă) nu poate fi utilizată pentru a steriliza mase mari tumorale, ea putînd în cel mai bun caz fi utilizată după efectuarea unei « chirurgii agresive de reducere a masei tumorale», cînd prin meticulozitatea chirurgului, tumorile mari au fost îndepărtate, şi nu au rămas decît însămînţări microscopice de cel mult 0,5—1 cm diametru („chiru-gie reductivă optimală").

3) O altă dificultate în aplicarea radioterapiei este că, în cancerul de ovar (operat sau neoperat), apar aderenţe între intestine, fapt ce facilitează apariţia radionecrozelor intestinale în zona de fixare a intestinului.

Radioterapia externă cu radiaţii de înalte energii (bomba de cobalt, betatron, accelerator liniar), se poate face după 2 tehnici:

a) *Tehnica clasică prin cîmpuri cu suprafaţa mare*, pentru a prinde în cîmpul de iradiere zone mari din pelvisul şi abdomenul cancerizat (de la pubis la rebordul costal); se administrează 3 500 — 4 000 rad pe o durată de 6 —8 săptămîni; după o scurtă pauză se va administra în plus pe pelvisul cancerizat încă 1 500-2 000 rad (metoda practicată în clinica lui Mattingly - 1978). Atragem atenţia că zonele renale nu pot primi mai mult de 2 000 - 2 500 rad.

b) *Tehnica « moving strip*» descrisă de Fletcher şi Delclos de la Institutul Oncologic Anderson din Dalas (S.U.A.), care în prezent are numeroşi adepţi. Noi în Institutul Oncologic Cluj-Napoca am optat pentru această tehnică. Se împarte abdomenul şi pelvisul în zone îr.guste benzi transversale), late iniţial de cîte 2,5 cm fiecarc. Se iradiază bandă cu bandă. în mod succesiv.

Această ultimă tehnică protejează maximal intestinele, realizînd concentrări mari de radiaţii în focarele tumorale. Fletcher a obţinut cu această tchnică aplicată în Stadiul I supravieţuiri la 5 ani de 72%.

O altă posibilitate de utilizare a radioterapiei este aplicarea soluţiilor de *radioizotopi* (Aur coloidal, fosfor radioactiv sau sulfat de Stronţiu radioactiv) direct în cavitatea abdominală. Este vorba de o radioterapie de contact între substanţa puternic radioactivă şi leziunile de mici dimensiuni 0,5—I cm diametru, care oferă perspective interesante în tratamentul de consolidare a resturilor mici tumorale, rămase după «chirurgia agresivă de reducere».

De exemplu Keettel (citat de Mattingly —1978) a folosit aur coloidal radioactiv la 53 paciente cu carcinom de ovar Stadiile I şi II şi a obţinut o rată de supravieţuire la 5 ani de 83%. Totuşi 44% din bolnave au avut de suferit efectele unei radiaţii intestinale prea puternice (mai ales în zonele aderente).

Hester şi Whitc (1969) au înlocuit aurul radioactiv cu 32_p (Fosforul radioactiv) şi au avut accidente de iradiere enterală mai reduse.

Ei au introdus intraperitoneal 10—12 microcurie de 32_p ?n primele 48 ore după efectuarea operaţiei radicale.

Pe 115 cazuri de cancere de ovar Stadiul l tratate astfel, 90% erau în viaţă după 5 ani. iar complicaţiile enterale post iradiere au fost reduse doar la 15%.

Piver, crescînd cantitatea de 32_p introdusă intraperitoneal la 15 microcurie, pe un lot de 16 paciente Stadiul I a operate, a avut o supravieţuire de 95%.

Calculînd dozele de radiaţii primite prin introducerea a 150 milicurie Aur coloidal in 400 ml ser fiziologic intraperitoneal, Muller constată că se eliberează o energie de cel puţin 4000 rad pe seroasa peritoneală, 6000 rad pe epiploon şi în medie 7000 rad în ganglionii limfatici retroperitoneali în care se concentrează coloidul.

Citäm şi studiile lui Decker (citate de Piver, 1978) asupra unui lot de 25 paciente la care s-a rupt chistadenocarcinomul intraoperator (Stadiul I a) şi unde s-a introdus imediat postoperator Aur coloidal radioactiv; supravieţuirea la 5 ani a fost de 80%; pe un alt lot comparativ de 22 paciente Stadiul I a la care s-au rupt chistul, dar nu s-a introdus izotopi radioactivi, supravieţuirea a fost de numai 43%.

Atragem atenţia că Aurul coloidal emite 90% raze beta şi 10% raze gama; razele gama sînt periculoase pentru chirurg şi personalul auxiliar; fosforul emite numai radiaţii beta; de asemenea fosforul are un timp de înjumătăţire de 14,5 zile, în comparaţie cu Aurul care are un timp de înjumătăţire de numai 2,7 zile. în concluzie, fosforul pare să aibă avantaje asupra aurului radioactiv.

Personal nu avem experienţă cu izotopii radioactivi în tratamentul cancerului ovarian, dar literatura consultată pledează pentru utilizarea şi a acestei metode terapeutice, într-o boală atît de desesperantă.

VI. TACTICĂ ŞI STRATEGIE: SUPERIORITATEA TRATAMENTULUI COMPLEX RADIO- CHIMIO-CHIRURGICAL

Dacă în unele cancere (de exemplu: cancerele de col uterin sau piele) majoritatea autorilor au ajuns la concluzii oarecum identice, existînd o terapeutică cu momente bine codificate, în alte cancere, printre care se situează şi cancerele de ovar, conduita terapeutică este atît de diferită de la o şcoală la alta, încît mai degrabă putem vorbi de o nebuloasă decît de o codificare a momentelor terapeutice existente. Deoarece în Institutul Oncologic Cluj-Napoca, problema tratamentului cancerelor ovariene este una din cele mai temeinic studiate, ne permitem să prezentăm concluzii de etapă, bazaţi pe succesele, uneori impresionante, obţinute în această localizare. Desigur că au existat şi foarte numeroase insuccese, dar ele ţin mai mult de genul malign al bolii şi de faptul negăsirii unei soluţii definitive^ a problemei. Vom expune strategia terapeutică, adică modul în care trebuie să ulilizăm raţional în tratamentul

complex al acestei boli cele trei metode terapeutice cunoscute: chirurgia, chimioterapia şi radioterapia, pentru a salva sau prelungi în condiţii confortabile viaţa.

Aceste concluzii sînt rodul experienţei acumulate şi meditaţiei permanente asupra succeselor, cît şi a insuccesel or obţinute pe aproximativ 700 cazuri cancere ovariene tratate de noi în decursul ultimilor 10—12 ani.

1. *Cazurile în Stadiul I (FIGO) au fost foarte rar întîlnit e în practica noastră.* Mai multe bolnave s-au prezentat în Stadiul II, dar majoritatea au fost în St. III şi IV. Subliniem prin aceasta dificultăţile diagnosticului precoce.

2. Cum clasificaţia FIGO este o clasificare bazată pe elemente anatomo- clinice macroscopice şi fiind cunoscut gradul mare de exfoliere celulară al acestor cancereI cu posibila invadare microscopică a seroasei peritoneale pelviană şi abdo- mina/â (fapt dovedit de evoluţia clinică ulterioară) consideram ca fiind potenţial diseminate intraperitoneal şi cazurile de St. I. *(prin definiţia FIGO strict localizate). De aceea chiar pentru cazurile în stadiul I nu ne-am limitat numai la exereză chirurgicală (histerectomie totală sau subtotală cu anexectomie bilaterală) şi am completat tratamentul chirurgical cu cel chimioterapie (după indicaţiile de mai jos).*

3. *Toate cazurile cu diagnosticul* (cert sau prezumptiv) *de cancer ovarian,* chiar dacă clinic păreau foarte înaintate (ascită mare, hemoragică sau nu, mase tumorale pelviene fixate, indiferent de volum sau palparea unor mase tumorale în alte regiuni ale abdomenului mergînd pînă în epigastru) *au fost sistematic larg laparotomizate mergînd uneori pînă la laparotomii xifo-pubiene.* Starea generală alterată nu a fost o contraindicaţie a actului operator, bolnavele fiind pregătite cu transfuzii repetate. Fiind partizanii unei «chirurgii agresive», raţionale întotdeauna au fost extirpate masele tumorale pelviene, aplicînd adeseori tehnica histerectomiei lărgite subperitoneale cu rezecţia peritoneului pelvin descrisă de Chiricuţă; această tehnică uşurează mult efectuarea operaţiei chiar în cazurile aparent inoperabile, deoarece invazia canceroasă se limitează mult timp la peritoneul parietal, adevărat baraj biologic ce se opune extensiei tumorale.

O atenţie deosebită se acordă extirpării maselor tumorale din fundul de sac peritoneal Douglas, curăţindu-se pe cît posibil de mase tumorale şi recto- sigmoidul, deseori interesat (atenţie să nu se perforeze colonul). Pelvisul rămîne neperitonizat. Uneori am fost obligaţi să asociem histerectomiei şi amputaţia recto-sigmoidului invadat, bolnavei creîndu-i-se un anus iliac.

Se controlează restul cavităţii abdominale şi se extirpă toate masele tumorale constatate, chiar subhepatic sau în epiplooanele stomacului, mergîndu-se pînă la rezecţii limitate de intestin sau colon. Marele epiploon este foarte adesea găsit infiltrat tumoral, uneori este îngroşat de 10—15 cm situaţie cînd prin infiltraţie neoplazică, devine o platoşă dură. Omentectomia este obligatorie.

Se controlează «şoselele de diseminare» parieto-colice şi diafragmul, sediu frecvent al metastazelor, extirpîndu-se pe cît posibil cu minuţiozitate masele tumorale existente, în bloc cu peritoneul parietal respectiv, realizînd perito- nectomii foarte largi.

Atragem atenţia că atunci cînd aceste mase tumorale nu pot fi total extirpate, sînt binevenite şi exerezele parţiale, aşa-zisa « chirurgie de reducere a masei tumorale»; aceasta pentru a face ţesutul tumoral restant, de volum cît mai mic posibil, pentru a fi cît mai vulnerabil pentru chimioterapia şi radioterapia complementară. Observaţia ne arată că deseori masele tumorale mici, cu diametrul de 1 cm pot fi lizate (chiar vindecate ?) de tratamentul chimioterapie adjuvant actului operator, sau de radioterapia postoperatorie.

Rezultă din cele enunţate că epiploonul, prins foarte frecvent, este extirpat sistematic în întregime şi nu parţial. Atragem atenţia încă o dată că împreună cu epiploonul trebuie extirpaţi şi ganglionii limfatici din jurul vaselor gastro- epiploice invadaţi foarte frecvent micro- şi macroscopic.

4. *Chimioterapia intracavitară peritoneală.* După terminarea operaţiei (dirijată după principiile expuse ale « chirurgiei agresive»), spălăm întreaga cavitate peritoneală cu 2—3 litri de ser fiziologic cald (nu ne limităm numai la pelvis) şi aspirăm lichidul cu aspiratorul electric. Prin această manevră, considerăm că am îndepărtat (cel puţin parţial) celulele canceroase eliberate din tumoarea ovariană prin manevre chirurgicale în cavitatea peritoneală, generînd recidive.

înainte de introducerea citostaticelor, este obligatorie anestezierea terminaţiilor nervoase intraperitoneale prin vărsarea în cavitatea peritoneală a 100—150 ml soluţie novocaină 0,50% şi răspîndirea ei în întreaga cavitate peritoneală. Se aşteaptă cca 10 minute pentru anestezierea receptorilor nervoşi ai seroasei, timp în care cavitatea abdominală este închisă prin apropierea cu pense a marginilor plăgii.

Se aspiră lichidul anestezic şi se introduce intraperitoneal o soluţie de citostatice: noi am utilizat cu mare succes uneori Onco-Thio-TEPA şi Endoxan.

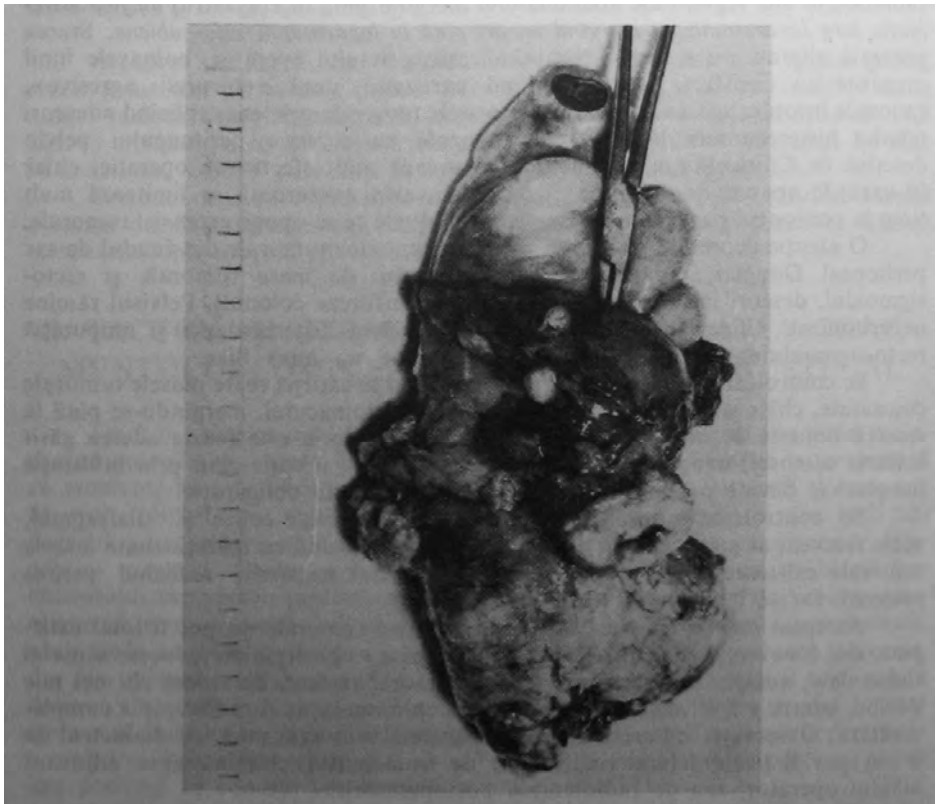


Fig. 778. — Hemipelvectomie posterioară (observaţie personală). Pensa este introdusă între uter şi recto-sigmoid. Rectul a fost extirpat în bloc cu uterul. Bolnava a rămas cu anus iliac stîng definitiv.

In funcţie de situaţie, am introdus 3—4 fiole Thio-TEPA (30—40 mg) şi 3—4 fiole Endoxan (600—800 mg) dizolvate în 50—60 ml soluţie novocaină 0,50%. Soluţia nu se «aruncă» în cavitatea peritoneală la întîmplare, ci este «dirijată» în felul următor: se introduc sonde subţiri de polietilen în regiunea subdiafrag- matică, parieto-colică dreaptă şi stîngă (în apropierea unghiurilor colonului) în spaţiul submezocolic şi pelvian. Se suturează peretele abdominal, exteriori**zîndu**-se printre fire sondele de plastic. Soluţia de citostatice se introduce cu seringa, în mod dirijat, prin sonde, ce sînt apoi extrase din abdomen; sutura tegumentelor.

Dacă este nevoie să se dreneze pelvisul (rămas deseori deperitonizat) tuburile de dren se extreriorizează suprapubian şi se clampează obligatoriu cu pense Kocher 24 ore (interval în care citostaticele îşi fac efectul), după care se suprimă clampajul penselor pentru a restabili drenajul prin tuburi.

Se controlează atent periodic postoperator limfocitele şi trombocitele. Scăderea lor obligă la transfuzii repetate cu sînge.

După reluarea tranzitului intestinal şi vindecarea plăgii (7—12 zile) se reia chimioterapia intraperitoneală prin injectarea cu seringa transparietal sub supraveghere atentă hematologică, pînă la completarea dozei de citostatice (pentru o serie ajungînd aproximativ 120—150 mg Onco-Thio-TEPA doză totală şi 2 000—3 000 mg Endoxan; în aceste doze sînt incluse şi dozele introduse intraoperator în cavitatea peritoneală). (Soluţiile de Onco-Thio-TEPA şi Endoxan se introduc fracţionat).

Atenţie: în cazurile în care s-au făcut rezecţii intestinale sau colice (timpi septici) nu este recomandată introducerea pe masa de operaţie a citostaticelor. Ele vor putea fi introduse intraabdominal, transparietal după vindecarea chirurgicală. Nu recomandăm introducerea postoperatorie a citostaticelor prin tuburile de drenaj, deoarece este ştiut că după 24 ore în jurul lor se organizează septuri de fibrină, ce ar împiedica răspîndirea citostaticelor în întreaga cavitate peritoneală.

5.*Chimioterapia postoperatorie:* am utilizat foarte frecvent calea intraperitoneală considerînd că celulele cancerelor de ovar sînt în majoritatea cazurilor chimiosensibile la citostaticele utilizate. Atragem atenţia că nu am avut doze totale fixate standard, ci ne-am condus după tabloul sanguin (oprind chimioterapia cînd leucocitele au scăzut la 2 000—3 000, iar trombocitele la 80 000—100 000). Sistemul leucoformator a fost stimulat tot timpul tratamentului prin vitamine (complexul B, C) şi transfuzii sanguine repetate; în caz de tendinţă la leucopenii grave, progresive am recurs la Leuco 4 (perorai), Leucotrofină (parenteral) şi transfuzii. Leucopenii grave (în jur a 1 000 leucocite) au fost redresate prin acest tratament stimulator susţinut şi controlat ca eficienţă la intervale scurte (3—4 zile) prin hemo-leucograme (inclusiv numărătoarea trombocitelor).

Dacă chimioterapia intraperitoneală nu se poate efectua, se va recurge la chimioterapia intravenoasă.

6.*Necesitatea dispensarizării bolnavelor*. Controalele vor fi luate la început, apoi tot la 3 luni; examenul ginecologic şi palparea abdomenului (Ia nevoie sub anestezie intravenoasă cu Epontol) este obligatoriu a fi efectuat de chirurgul care a operat şi cunoaşte cazul. La cea mai mică suspiciune de reapariţie a unor mase tumorale pelviene sau abdominale, precum şi în caz de creştere a tumorilor reziduale se recomandă insistent laparotomia de control. Chiar fără palparea tumorilor, prima laparotomie de control va fi obligatorie la 6 luni postoperator.

7.*Importanţa laparotomiei de control* (« second-look») este de necontestat în cancerele de ovar. Intervalul între laparotomiile de control pentru cancerele ovariene este în medie de 6 luni, dar dacă palpăm noi mase tumorale apărute între două controale, laparotomia de control se poate efectua şi mai curînd (după *2*—3 luni). Se efectuează un nou inventar al leziunilor şi se extirpă cît se poate de radical masele tumorale nou apărute sau dezvoltate între timp. In cazurile în care la prima laparotomie marele epiploon nu a fost extirpat (s-au expus motivele), acesta va fi extirpat la a doua laparotomie de control, fiindcă poate purta metastaze macroscopice evidente sau poate avea metastaze microscopice care sigur se vor dezvolta ulterior.

Teoretic, laparotomiile de control vor fi repetate de mai multe ori, dar practic ne limităm la 2—3 laparotomii. Am avut bolnave la care am efectuat 4 6 laparotomii de control tot la 6—8 luni, şi de fiecare dată am găsit mase tumorale extirpabile (unele din aceste bolnave trăiesc în condiţii bune de viaţă şi la 10 ani postoperator).

De obicei însă după a 3-a—a 4-a laparotomie se instalează un sindrom aderenţial care creează mari dificultăţi pentru efectuarea unei noi laparotomii (în formarea aderenţelor intestinale există o mare variabilitate de la caz la caz). Dealtfel, ne orientăm de la a doua sau a treia laparotomie de control asupra evoluţiei cazului. Sînt mai multe eventualităţi:

a) La a 2-a laparotomie, de control (primul second-look) nu găsim nici o leziune neoplazică. Introducem intraperitoneal (sau nu) citostatice ca tratament profilactic al potenţialelor recidive şi metastaze.

b) La a 2-a laparotomie de control găsim o involuţie totală (mai precis o dispariţie) a resturilor tumorale rămase evidente după prima laparotomie; involuţia s-a produs prin chimioterapia intraperitoneală repetată (avem în statistica noastră mai multe cazuri de a&st fel). Repetăm tratamentul chimioterapie 1—2 serii la intervale de timp (cca 3 luni) pînă la o nouă laparotomie de control.

c) La a 2-a laparotomie găsim mase neoplazice nou dezvoltate, dar cu volum mic (ritm lent de creştere). Extirpăm tot ce putem din masa neoplazică. Repetăm tratamentul chimioterapie intracavitar.

Recomandăm a 3-a laparotomie de control sau radioterapia postoperatorie.

d) La a 2-a laparotomie de control găsim că masele tumorale restante au crescut mult şi au apărut noi tumori; acest fapt denotă un ritm de creştere accentuat al tumorii şi o rezistenţă evidentă a tumorii la citostaticele utilizate. Marcăm cu clipsuri metalice tumorile inextir- pabile tehnic, de volim mai important (pentru a fi vizibile la radiografia abdomenului) şi recomandăm abia acum radioterapia post-operatorie şi ulterior chimioterapia sistemică paliativă. In aceste cazuri grave nu se mai recomandă laparotomia de control (a 3-a) decît numai în eventualitatea că au apărut complicaţii ulterioare (ocluzia intestinală); laparotomia indicată în această eventualitate nu are atît scopul de a mai extirpa inutil mase neoplazice ce se refac rapid ci va căuta să rezolve paliativ ocluzia.

Atragem atenţia că la laparotomiile de control va trebui să explorăm pal- pator, obligatoriu, ganglionii limfatici din jurul marilor vase pelviene şi din jurul aortei şi cavei; controlul ganglionar se va face pînă la nivelul diafragmului (hilul limfatic principal ovarian este în zona subiacentă originii arterelor renale, de unde nasc arterele lomboovariene). Ganglionii măriţi vor fi recoltaţi pentru biopsie. La fel vor fi exploraţi şi ganglionii mezenterici (intestin subţire şi colon) care sînt frecvent prinşi în cazurile înaintate.

8. *Importanţa invaziei ganglionare.* Limfofilia unor cancere ovariene este recunoscută a fi accentuată. Ganglionii pot fi exploraţi cu ocazia laparotomiilor (primară şi a celor de control) ca şi prin limfografia cu lipiodol extrafluid. Constatarea invaziei ganglionare (bine exprimată) retroperitoneale sau mezenterice ne obligă să renunţăm la chimioterapia intracavitară peritoneală (valabilă după experienţa noastră atîta timp cît neoplazia rămîne «în vas închis», evoluţie determinată de rezistenţa biologică a seroasei peritoneale) şi vom institui chimioterapia sistemică (generală) după una din schemele descrise de alţi autori, asociind şi radioterapia. Aceste cazuri au prognostic mai mult decît rezervat.

9. *Radioterapia cancerelor de ovar.* Experienţa noastră ne-a condus la următoarele concluzii:

a) Contraindicăm total radioterapia preoperatorie: aceasta deoarece ea nu va reuşi să sterilizeze în nici un caz masele mari tumorale şi ne va crea mari greutăţi operatorii nu atît prin aderenţele posibile între ansele intestinale, cît mai ales prin iradierea intestinelor; această iradiere creează o distrofie rădică enterală, fapt care împiedică posibilitatea efectuării unor rezecţii enterale necesare (prin invazie masivă tumorală) sau a unor enteroanastomoze derivative (în caz de ocluzii). Practica ne-a arătat (pe numeroase cazuri) că suturile enterale efectuate pe ţesuturi radiodistrofice « nu ţin», cicatrizarea intestinală nu are loc, dehiscenţa şi peritonita sînt sigure. Efectuarea preoperatorie a radioterapiei reduce masiv posibilităţile unei «chirurgii agresive», singura chirurgie care are şanse de a uşura mai mult sau mai puţin, situaţia bolnavei. Contraindicăm de asemenea şi chimioterapia preoperatorie.

b) De aceea noi recomandăm ca tratamentul radiologie să reprezinte ultima etapă, ultima armă la care recurgem pentru tratarea unui cancer ovarian, după ce am epuizat marile resurse oferite de tratamentul chirurgical («chirurgie agresivă» şi «laparotomie de control») şi chimioterapie, local intraperitoneal şi sistem ic.

Avem în observaţia noastră cazuri unde după 2—3 ani de tratament chirurgical şi chimioterapie repetat după principiile enunţate boala continuînd să evolueze, am recurs la tratamentul radiologie, care a stabilizat leziunile (sterilizînd chiar unele tumori maligne avînd sub 1 cm diametru). Bolnavele sînt în viaţă după 4—6 ani, în condiţii de integrare socială cu toate că abdominal se palpează mase tumorale care nu mai evoluează sau evoluează foarte lent.

c) Radioterapia convenţională (200 Kv) este total ineficientă şi numai radioterapia de supravoltaj (^{60} Cobalt, accelerator liniar, betatron) este eficientă; ea poate crea însă grave servituţi mergînd pînă la perforaţii enterale prin radionecroze cu peritonite mortale, cînd este făcută incompetent şi cu supradozaj.

d) Tehnica cea mai indicată este iradierea întregului abdomen parcelat în benzi de iradiere (« moving-strip»), începînd cu pelvisul şi urmînd progresiv pînă la diafragm, care va fi şi el iradiat, avînd în vedere frecventa sa invadare metastatică (zonă bogată în limfatice). Prin această iradiere a întregului abdomen, dar nu pe cîmpuri mari, ci pe cîmpuri înguste ce interesează numai o zonă redusă a abdomenului, ulterior deplasînd zona de iradiere la un teritoriu supraiacent dozele fiind calculate precis pentru a fi tumoricide, rezultatele sînt bune, uneori neaşteptat de bune. Nu avem experienţa unei « radioterapii de contact» realizată prin introducerea intraperitoneală a unor soluţii radioizotopice (Aur sau Fosfor) dovedite a fi bine suportate de pacienţi şi a avea o mare putere radioactivă cu efecte distructive asupra leziunilor canceroase de mici dimensiuni (sub 1 cmc). Experienţa pozitivă a unor autori de prestigiu ca Mattingly (1978) trebuie să ne încurajeze şi în cercetarea acestei metode.

10. *Tratamentul cancerelor de ovar în fazele finale.* De multe ori după o aparentă vindecare sau stabilizare evidentă (de luni sau ani), boala îşi reia evoluţia fatală. .

Tratamentele chirurgicale, chimioterapice şi radiologice şi-au încheiat gama posibilităţilor lor. Apar metastazele la distanţă (creier, plămîn, ficat), sau, mai ales, masele neoplazice determină ocluzia intestinală.

In asemenea situaţii disperate nu rămîn de făcut decît derivaţii enterale pentru combaterea ocluziei (cu riscurile unor suturi intestinale efectuate pe anse iradiate), şi o chimioterapie sistemică paleativă.

Rareori bolnavele mai beneficiază de aceste tratamente, dar înregistrăm uneori ameliorări interesante şi de aceea le recomandăm.

in concluzie, considerăm că un caz de cancer ovarian este practic pierdut (în ce priveşte posibilitatea unui tratament eficient) atunci cînd primul tratament se începe cu iradierea şi chimioterapia în speranţa de a converti tumoarea din ino- perabilă în operabilă

sau de a seca ascita. Chiar dacă obţinem secarea ascitei sau diminuarea tumorii, se reduc foarte mult şi posibilităţile tratamentului chirurgical, tratament care rămîne pînă la găsirea unor noi metode terapeutice mai eficiente, coloana de rezistenţă a întregii terapeutici a acestei localizări canceroase. De aceea atragem atenţia ginecologilor care tratează cancerele de ovar, că au obligaţia morală să efectueze o chirurgie nu exclusiv pelviană ci o chirurgie de mare anvergură extinsă la întreg abdomenul, o adevărată «chirurgie oncologică agresivă ».

Să nu se uite faptul că soarta unei bolnave cu cancer ovarian depinde de indicaţia terapeutică, de succesiunea momentelor terapeutice şi de competenţa prin care sînt efectuate. Există un moment chirurgical bine precizat în timp, după cum există şi un moment chimioterapie sau radiologie bine precizat.

Schimbarea ordinei lor sau incompetenţa cu care sînt efectuate pot compromite soarta unei canceroase de ovar. în afară de numeroasele succese obţinute de noi în tratamentul cancerului de ovar efectuat după conduita formulată, am avut aproape întotdeauna insuccese atunci cînd bolnavele s-au internat în institut după efectuarea unor tratamente radioterapice şi chimioterapice inadecvate ce au precedat actul operator. De exemplu, am pierdut 3 bolnave prin septicemii grave, survenite după slăbirea imunităţii prin tratamente chimioterapice preo- peratorii. Introducerea citostaticelor în cavitatea peritoneală intraoperator, a dus la o prăbuşire rapidă a sistemelor imunitare, declanşînd septicemia. De aceea nu mai aplicăm citostatice intraperitoneal peroperator la bolnavele care au făcut în prealabil tratamente chimioterapice. Ele rămîn să facă o chimioterapie sistemică postoperatorie după vindecarea plăgii; aceste bolnave bineînţeles că pierd avantajul mare terapeutic pe care-1 reprezintă chimioterapia intraperitoneală, moment terapeutic în care citostaticul vine în contact direct cu masele neoplazice.

★

în încheiere am dori să facem unele precizări:

— cele enunţate în această parte reprezintă concluzii de etapă ale experienţei noastre.

La aceste concluzii am ajuns după ce am tatonat alte scheme terapeutice, propuse de alţi autori, scheme ce nu ne-au dat însă rezultatele scontate. De exemplu, sîntem contra opiniei lui Max Farlane, Carter şi Rutledge (citaţi de Lansac, 1973), care pentru stadiile III propun ca să ne limităm la o simplă laparotomie cu recoltarea unui mic fragment, pentru precizarea diagnosticului. Apoi autorii citaţi recomandă un tratament radio- sau chimioterapeutic şi numai în cazul că vor regresa masele tumorale ei încearcă exereză chirurgicală. Procedînd astfel, înseamnă să condamnăm la moarte sigură multe bolnave vindecabile sau posibil ameliorabile prin atitudinea activă pe care am preconizat-o.

In prezent ne preocupă în mod major cîteva probleme:

a) Dacă chimioterapia locală intraperitoneală este mai avantajoasă decît chimioterapia generală sistemică în ceea ce priveşte « menajarea» la maximum a sistemelor de apărare imunologică a pacientelor? (despre rolul acţiunii imunităţii active asupra dezvoltării celulelor canceroase nu mai insistăm, acest fapt fiind recunoscut de toţi cercetătorii).

b) Dacă chimioterapia locală intraperitoneală nu « distruge» mai eficient celulele canceroase ovariene decît chimioterapia generală sistemică?

Pentru moment înclinăm pentru ideea că într-o neoplazie ce se menţine multă vreme ca o malignitate locală, datorită « vasului închis » reprezentat de rezistenţa biologică a seroasei peritonealei, chimioterapia locală intraperitoneală are mai mari şanse de reuşită. Recurgem la chimioterapia sistemică atunci cînd bariera peritoneală a fost frîntă şi se manifestă diseminarea limfatică şi hematogenă, sau cînd calea intraperitoneală este imposibil de utilizat (aderenţe).

c) Găsirea unor noi « cocteiluri» de citostatice care introduse local, intra- peritoneal sau administrate general, sistemic ar avea eficienţă mai mare decît citostaticele folosite de noi în prezent (Onco-Thio-TEPA şi Endoxan).

d) Dacă stimularea imunităţii prin Polidin sau Levamisol complementară chimioterapiei nu creşte procentul vindecărilor?

Încheiem prin a atrage atenţia asupra pregătirii psihologice a bolnavelor pentru a suporta acest tratament atît de complicat.

VII. REZULTATE TERAPEUTICE

într-o boală atît de gravă diseminată peritoneal încă din primele stadii nu ne putem aştepta la rezultate îmbucurătoare.

Statisticile sînt foarte contradictorii, neomogene, şi nu toţi autorii au utilizat aceleaşi metode terapeutice.

Interesantă este durata de supravieţuire la 5 ani în funcţie de natura histo- patologică a tumorii corelată cu stadiul clinic al tumorii.

Tabelul de la pag. 1020 întocmit de noi după statisticile publicate de diferiţi autori* confirmă afirmaţia de mai sus. Adenocarcinomul mucinos (mucos) şi adenocarcinomul endometrioid au prognosticul mai bun (pentru adenocarcinomul mucinos supravieţuirea la 5 ani a fost de 73% în st. I. şi 21 % în st. III, iar pentru adenocarcinom endometrioid de 76% în st. I. şi 16% în st. III); adenocarcinomul seros are prognostic mai sever (61 % în st. I şi 16% în st. III), prognostic sumbru avînd adenocarcinomul anaplazic (supravieţuire la 5 ani 38% în st. I şi 0% în st. III).

Tabel

Tipul histopatologic	Supravieţuirea la 5 ani (in medie) cu procente maxime şi minime			
	St. I.	St. II.	St. III.	St. IV
Adenoca rcinomul mucinos	în medie 73% MALLOY 89% max. NIEMINEN 50% minim	în medie 50% LENZ 75,1 % max. NIEMINEN 20% minim	în medie 21% MALLOY 42% max. NIEMINEN 11 % minim	în medie 3,5 % MALLOY 7% max. KOTTMEIER 0% minim

Adenocarcinomul endometrioid	în medie 76% KOTTMEIER 79,2% max. LENZ 69% min.	în medie 60% KOTTMEIER 72% max. LENZ 44% min.	în medie 16% KOTTMEIER 16,7% max. LENZ 15% min.	în medie 0%
Adenocorci noamele seroase	în medie 61 % MALLOY 88% max. KOTTMEIER 36,4% minim	în medie 50% MALLOY 66% max. LENZ 19% minim	în medie 16% MALLOY 66% max. KOTTMEIER 1,8% minim	în medie 5 % MALLOY 14% max. KOTTMEIER 0% minim
Adenocarcinomul anaplazic	în medie 38% (KOTTMEIER)	în medie 21 % (KOTTMEIER)	în medie 0%	în medie 0%

Desigur că datele de mai sus sînt pur şi simplu orientative, deoarece alţi autori prezintă rezultate mai bune iar alţii mai slabe.

O statistică omogenă cu date absolute, nu poate fi oferită. Statisticile prezentate de noi se referă mai mult la rezultatele obţinute exclusiv prin tratamente chirurgicale (ultima statistică a lui Nieminen este din 1970) şi mai puţin prin tratamente asociate (radio-chimio-chirurgicale), de la care se aşteaptă o îmbunătăţire a rezultatelor. Piver (1978) prezintă 95% vindecări la 5 ani în Stadiul I utilizînd tratamentul complex (serie mică de cazuri).

în următorii ani, sigur vor fi publicate statistici noi bazate pe o cazuistică amplă asupra eficienţei tratamentelor asociate.

Chirurgia «agresivă» de reducere a maselor tumorale şi «laparotomia de control» rămîn în prezent arme puternice chirurgicale de luptă contra cancerului ovarian, şi nici nu întrevedem în viitor posibilitatea ca exereză chirurgicală singură să poată îmbunătăţi rezultatele.

De reţinut este faptul plin de speranţe, că resturile tumorale de mici dimensiuni (sub 1 cm diametru) pot fi distruse sau li se poate frena evoluţia mult timp prin utilizarea chimioterapiei, radioizotopilor şi radioterapiei cu megavoltaj.

în general însă, tratamentul cancerelor de ovar, rămîne o problemă nerezolvată a medicinii contemporane.

TEHNICI ANEXĂ LA CHIRURGIA GINECOLOGICĂ

1. APENDICECTOMIA

Această operaţie atît de simplă în aparenţă, poate da naştere la complicaţii foarte grave postoperatorii, culminînd cu peritonita ce are prognostic infaust; cauzele acestor complicaţii constau în nerespectarea « micilor gesturi chirurgicale » care asigură executarea în condiţii aseptice a extirpării acestui organ hiper- septic (izolări repetate cu cîmpuri mici, tamponarea bontului apendicular cu iod, neatingerea bontului apendicular septic de grăsimea subcutanată, hemostază perfectă etc.).

Atragem atenţia ginecologilor să practice apendicectomia după ce şi-au cîştigat o experienţă suficientă cu această operaţie în serviciile de urgenţă sau de chirurgie generală.

Uneori această operaţie simplă devine foarte complicată fie datorită sediului ocult al apendicelui (de exemplu apendicele retrocecal ascendent ce ajunge cu vîrful pînă aproape de zona colecistului), fie aderenţelor inflamatorii ce înglobează organul într-o magmă fibroasă şi-1 fac de negăsit.

In asemenea situaţii chirurgul nu se va ambiţiona să opereze prin mica şi clasica incizie Mac Burney ci va lărgi incizia peretelui abdominal, transformînd-o într-o veritabilă laparotomie laterală (de aici aforismul: « Chirurg mare, incizie mare»). Cînd se bănuiesc asemenea situaţii dificile (prin examenul clinic) se va recurge de la început la incizia pararectală descrisă de Jalaguier (fig. 779) care are avantajul că poate fi uşor extinsă după nevoie.

Reamintim aforismul profesorului I. Iacobovici: «Orice apendicită acută se operează la internare, afară de acelea cu plastron care vor fi operate după resorbţia plastronului». în tot acest timp bolnavele vor fi supravegheate atent în condiţii de spitalizare. .

Redactarea acestui capitol nu are scopul de a trata exhaustiv şi a învăţa pe ginecolog tehnica apendicectomiei, ci de a reaminti unele detalii tehnice acelor ginecologi care cunosc deja tehnica acestei operaţii prin practica lor zi de zi. Problema apendicectomiei este magistral tratată recent de P. Simici în lucrarea: «Elemente de chirurgie intestinală» (1976).

1. Incizia. Cel mai frecvent este utilizată incizia Mac Burney (incizie oblică de cca 6 cm a peretelui abdominal în fosa iliacă dreaptă la 3 laturi de deget de spina iliacă antero-superioară pe linia spino-ombilicală, coincide cu proiecţia cutanată a ceculuí şi apendicelui (fig. 779). Se incizează: pielea, ţesutul celular subcutanat, aponevroza muşchiului marele oblic, şi se disociază fibrele musculare ale muşchilor micul oblic şi transversul (fig. 780, 781), îndepărtînd masele musculare cu depărtătoarele Farabeuf. Faptul că musculatura nu se secţionează ci se disociază, contribuie la profilaxia eventraţiilor postoperatorii. Peritoneul se incizează (fig. 782) după ce s-au luat măsurile de siguranţă că nu există o ansă intestinală aderentă de seroasă. Pentru a fi regăsit cu uşurinţă şi suturat la sfîrşitul operaţiei, marginile inciziei peritoneale se prind în punctele cardinale cu 4 pense Pean.

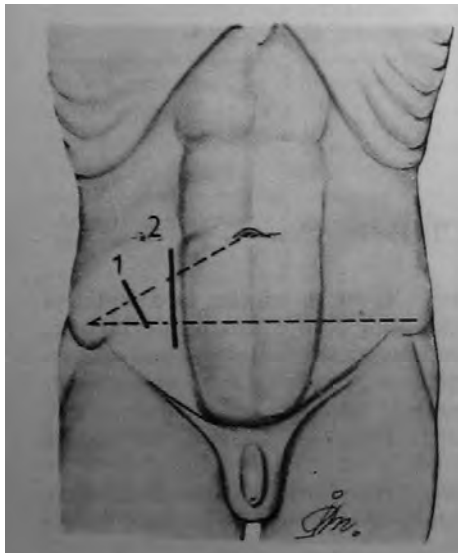


Fig. 779. — Inciziile mai frecvent utilizate pentru apendicectomie :
1 — Incizia Mac Burney; *2* — incizia Jalaguier (practicată imediat în afara tecii mușchiului drept abdominal).

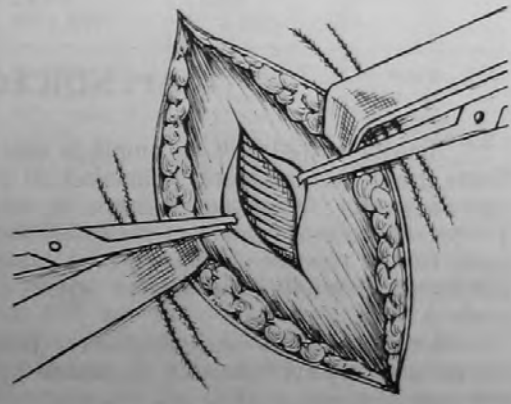


Fig. 780. — Tehnica apendicectomiei prin incizia Mac Burney. După secționarea tegumentelor și ligatura vaselor subcutane abdominale se incizează (în lungul fibrelor) aponevroza marelui oblic.

Uneori cecul şi apendicele se văd în fundul plăgii (fig. 783). De cele mai multe ori apendicele trebuie căutat. Un reper foarte bun este căutarea locului de confluenţă a celor 3 tenii cecale. în acest punct se găseşte întotdeauna locul de implantare a apendicelui în cec.

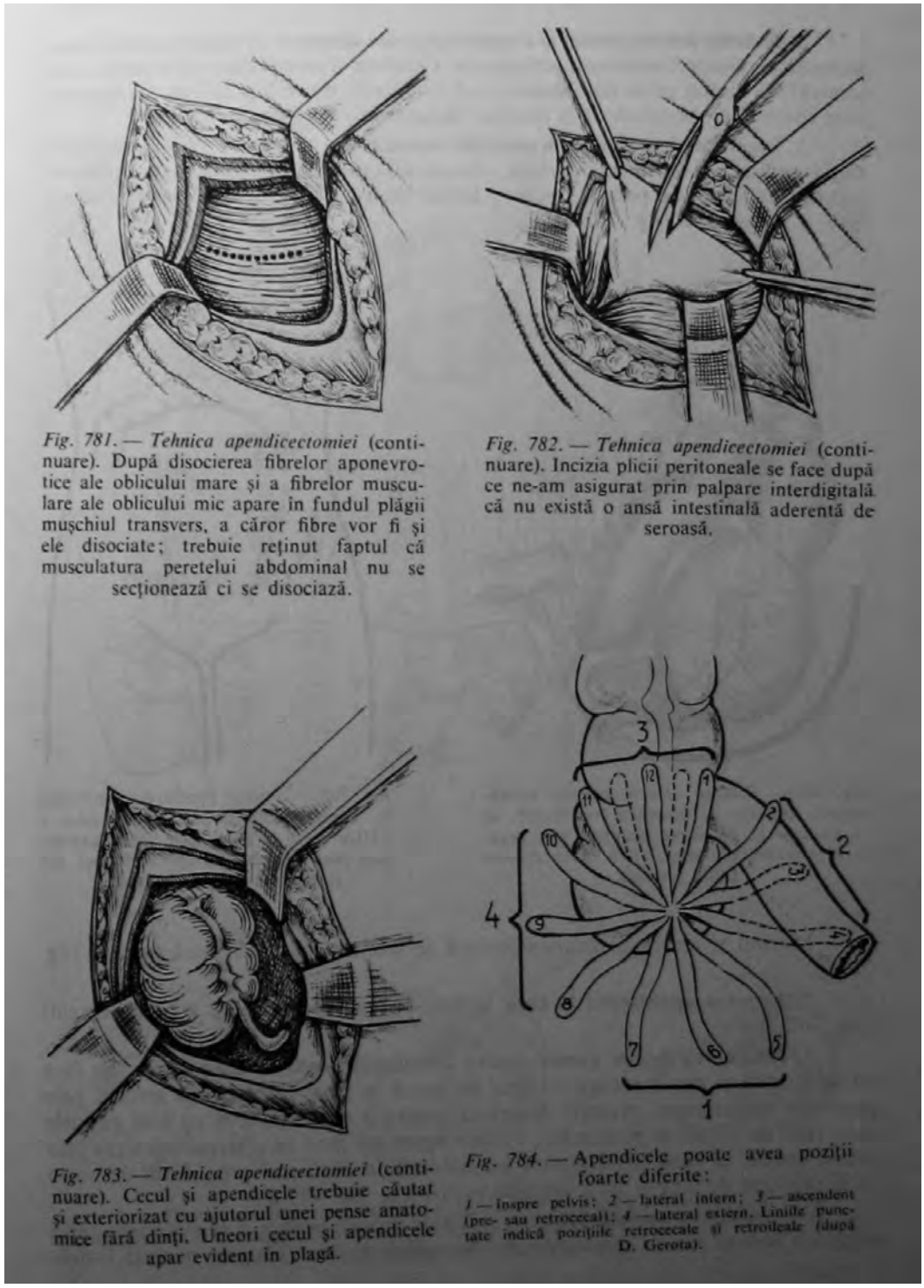


Fig. 781. — Tehnica apendicectomiei (continuare). După disocierea fibrelor aponevrotice ale oblicului mare şi a fibrelor musculare ale oblicului mic apare în fundul plăgii muşchiul transvers, a căror fibre vor fi şi ele disociate; trebuie reţinut faptul că musculatura peretelui abdominal nu se secţionează ci se disociază.

Fig. 782. — Tehnica apendicectomiei (continuare). Incizia plicii peritoneale se face după ce ne-am asigurat prin palpare interdigitală că nu există o ansă intestinală aderentă de seroasă.

Fig. 783. — Tehnica apendicectomiei (continuare). Cecul şi apendicele trebuie căutat şi exteriorizat cu ajutorul unei pense anatomice fără dinţi. Uneori cecul şi apendicele apar evident în plagă.

Fig. 784. — Apendicele poate avea poziţii foarte diferite:

1 — înspre pelvis; *2* — lateral intern; *3* — ascendent (pre- sau retrocecal); *4* — lateral extern. Liniile punctate indică poziţiile retrocecale şi retroileale (după D. Gerota).

Nu trebuie să se uite faptul că apendicele poate avea poziţii foarte diferite, uneori fiind găsit retroileal sau retrocecal (fig. 782). Cînd apendicele este retro- cecal (8-*-10% din cazuri) se va lărgi incizia de laparotomie şi se va practica o decolare a cecului, prin incizia peritoneului parietal lateral (fig. 785). Nu trebuie uitat că în timpul sarcinei apendicele şi cecul urmează o deplasare ascendentă, paralel cu dezvoltarea uterului (fig. 786). Foarte rar (1 Ia 2000 cazuri) poate exista un « situs inversus », apendicele fiind situat în fosa iliacă stîngă.

2. Exteriorizarea cecului şi a apendicelui din abdomen uşurează mult tehnica Izolarea cu cîmpuri mici este obligatorie. Cecul va fi exteriorizat cu o pensă anatomică fără dinţi şi prins între degete cu o compresă; nu va fi în nici un caz traumatizat (pericol de hematoame şi necroze parietale, urmate de peritonită).

3. Ligatura şi secţionarea mezoului apendicular se face la baza apendicelui avînd grijă să nu se rănească artera mezoapendiculară (va determina un hematom gigant). Se foloseşte pentru trecerea firului de ligatură acul Deschamps sau mai bine o pensă fină (fig. 787 a).

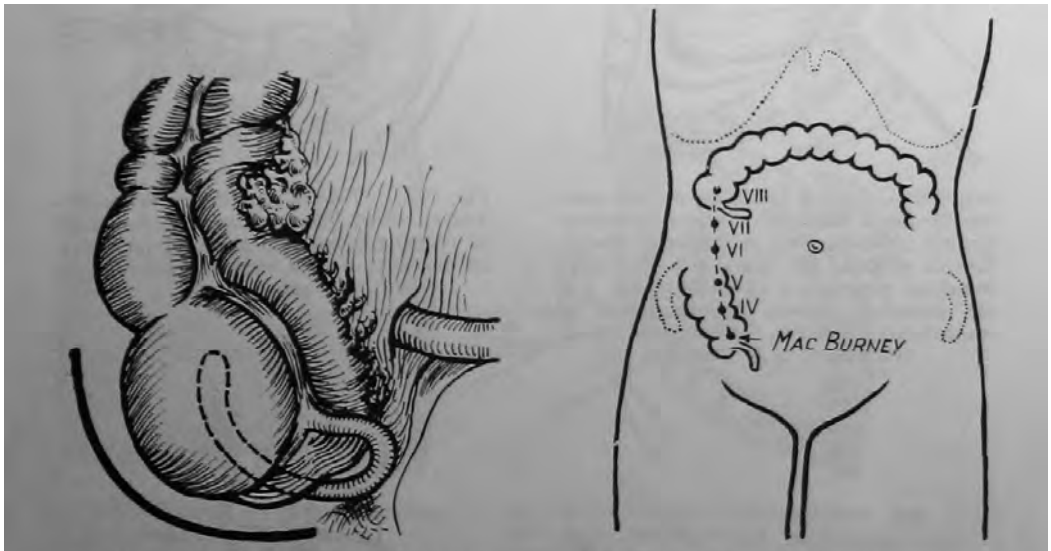


Fig. 785. — Tehnica apendicectomiei (continuare). În caz de apendice retrocecal, se va recurge la decolarea cecului; este necesară incizarea peritoneului în afara cecului (linia groasă).

Fig. 786. — Poziția cecului și apendicelui în cursul evoluției sarcinii. În luna a VIII-a cecul și apendicele sînt ascensionate pînă sub ficat (după Schmauss din tratatul Bier-Braun-Kümell).

Mezoul şi artera mezoapendiculară se secţionează între două ligaturi (fig. 787 b).

4. Legarea apendicelui la bază se face cu un fir subţire de aţă (sau catgut) (fig. 787 c).

5. Efectuarea bursei cecale pentru înfundarea bontului apendicular. Se face cu ac subţire şi mic atraumatic; firul de bursă se trece imediat sub seroasă prin grosimea musculoasei. Atenţie deosebită pentru a nu se perfora cu acul peretele colic (risc de fistulă şi peritonită). Pentru siguranţă firul va fi trecut subseros prin teniile cecale, Ia acest nivel stratul musculos fiind mult mai gros. Firul de bursă va fi suficient de lung şi va fi înnodat provizoriu (fig. 787 d).

6. Secţionarea apendicelui cere un ritual special pentru a se evita infectarea plăgii cu secreţii scurse din apendice. Se aplică din nou cîmpuri mici de izolare în jurul apendicelui. Se striveşte apendicele la bază cu o pensă Kocher (fig. 787 e pensa I) situată imediat deasupra firului de ligatură a apendicelui.

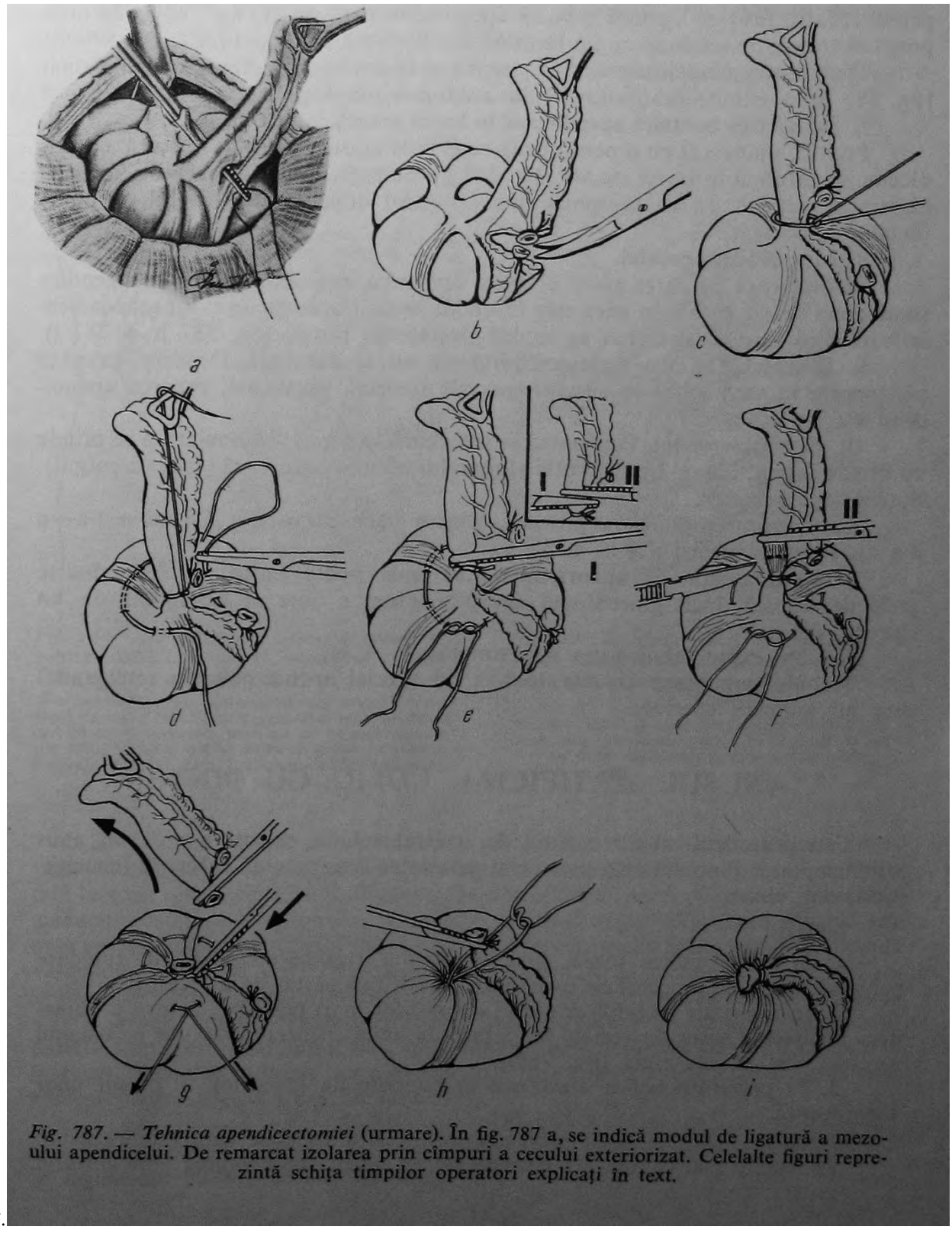


Fig. 787. — Tehnica apendicectomiei (urmare). În fig. 787 a, se indică modul de ligatură a mezoului apendicelui. De remarcat izolarea prin cîmpuri a cecului exteriorizat. Celelalte figuri reprezintă schiţa timpilor operatori explicaţi în text.

7.

Deasupra acestei pense se aplică o a doua pensă Kocher, strivind apendicele (fig. 787 e cartuş, pensa II). Se scoate pensa I iar pensa II se păstrează (fig. 787 f). Secţiunea se va face pe locul de strivire a apendicelui rămas după suprimarea pensei I, între firul de ligatură a bazei apendicelui şi pensa II (fig. 787 f). Se tamponează tranşa de secţiune cu un tampon mic îmbibat cu alcool iodat.

Toate instrumentele acestui timp septic se îndepărtează. Apendicele secţionat (fig. 787 g) se trimite laboratorului de anatomie patologică.

8. înfundarea bontului apendicular în bursa cecală.

Bontul, manevrat cu o pensă Pean ce prinde nodul firului de ligatură a apendicelui, se înfundă în bursa cecală (fig. 787 g). Secreţia bontului apendicular fiind extrem de septică, se va tampona imediat cecul după legarea firului de bursă (detaliu important).

9. Mezoplastia cecului.

Se utilizează de către mulţi chirurgi aplicarea unui franj din mezoapendice peste zona bursei cecale în care este înfundat bontul apendicular. Mezoapendice- le împiedică prin cicatrizarea sa rapidă desfacerea bursei (fig. 787 h şi 787 i).

10. Drenajul. De obicei plaga operatorie nu se drenează. Drenajul cavităţii peritoneale se va institui în situaţii speciale (colecţii purulente, ruperea apendicelui etc.)

11. Sutura peretelui. Peritoneul se suturează în bursă. Musculatura se prinde cu fire de catgut. Planul aponevrotic al marelui oblic se suturează (aţă sau catgut). Sutura tegumentelor.

Postoperator mobilizare precoce. Regim uşor cîteva zile. Clismă a 3-a—a 4-a zi. Purgativ uleios a 4-a—a 5-a zi.

Atragem atenţia că uneori apendicectomia poate ridica probleme foarte grele de tehnică, încît ginecologul neexperimentat e bine să fie ajutat de un chirurg.

Noi am expus tehnica cea mai simplă.

Trebuie cunoscute şi alte tehnici (în special apendicectomia retrogradă) care au indicaţii speciale.

2. ANUSUL ARTIFICIAL COLIC CU PINTEN

Este procedeul cel mai simplu de realizat tehnic, pentru a crea un anus colic temporar. Pintenul colic este creat prin introducerea unui tub rigid (cauciuc, sticlă) sub colon.

Indicaţii

1. în ocluzii colice joase, cînd obstacolul (tumoare colorectală, tumoare pelviană malignă; cancerul de ovar) nu poate fi îndepărtat de ginecolog.

2. în răniri ale rectului în cursul operaţiilor mari pelviene; pentru a împiedeca dehiscenţa suturilor rectale se va face un anus artificial temporar pe colonul sigmoid sau pe transvers (fig. 788).

3. în perforaţii colice diastazice descoperite de ginecolog în cursul unor laparotomii.

Sutura perforaţiei va fi protejată printr-un anus colic (sau fistulă cecală).

în situaţii mai complicate ginecologul va solicita colaborarea unui chirurg.

Tehnica operatorie

a) *Anusul artificial pe colonul transvers* este cel mai uşor de realizat tehnic, mai ales cînd el sfîrşeşte o operaţie pelviană efectuată prin laparotomie (de ex. rănirea rectului în cursul operaţiei Wertheim).

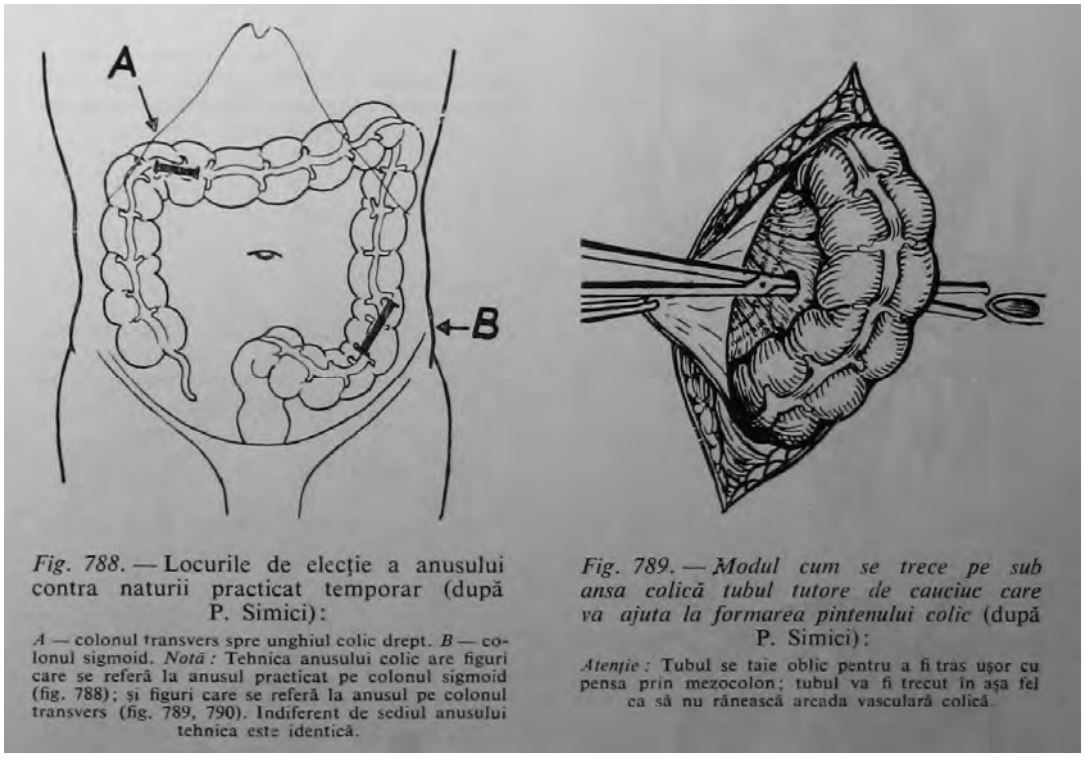


Fig. 788. — Locurile de elecţie a anusului contra naturii practicat temporar (după P. Simici):

A — colonul transvers spre unghiul colic drept. *B* — colonul sigmoid. *Notă:* Tehnica anusului colic are figuri care se referă la anusul practicat pe colonul sigmoid (fig. 788); şi figuri care se referă la anusul pe colonul transvers (fig. 789, 790). Indiferent de sediul anusului tehnica este identică.

Fig. 789. — *Modul cum se trece pe sub ansa colică tubul tutore de cauciuc care va ajuta la formarea pintenului colic* (după P. Simici):

Atenţie: Tubul se taie oblic pentru a fi tras uşor cu pensa prin mezocolon; tubul va fi trecut în aşa fel ca să nu rănească arcada vasculară colică.

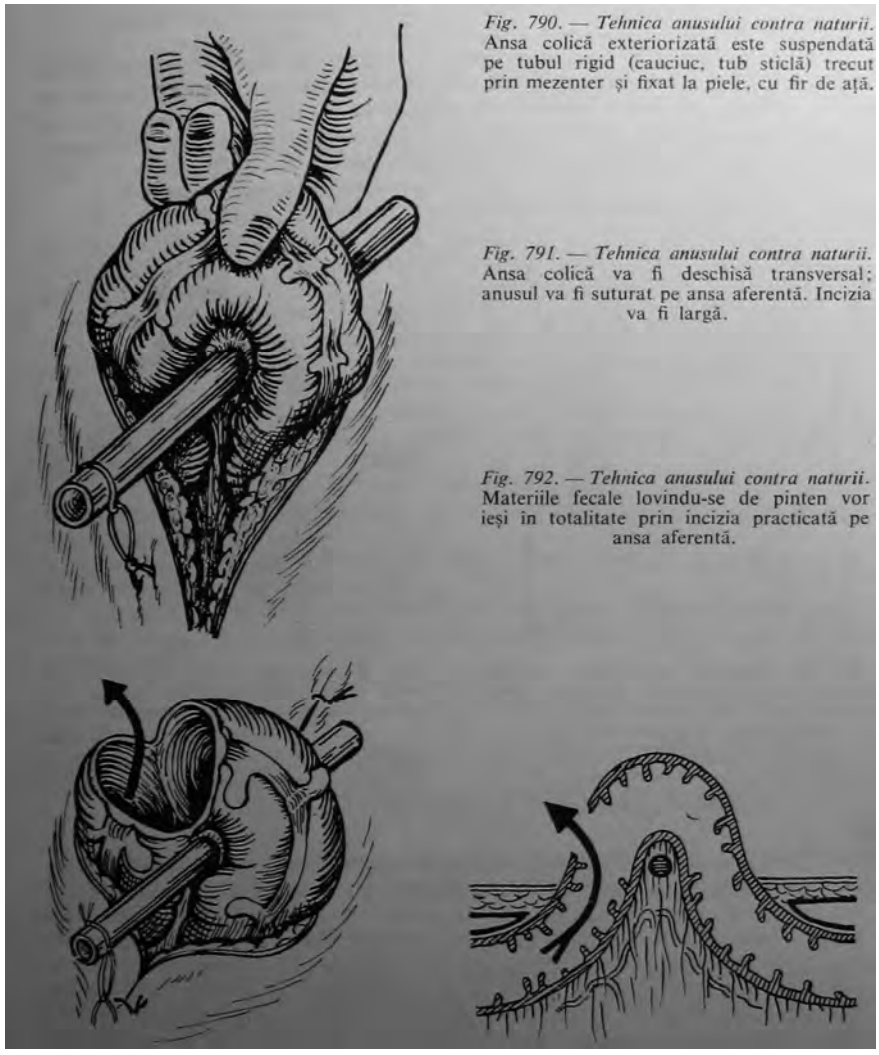


Fig. 790. — Tehnica anusului contra naturii. Ansa colică exteriorizată este suspendată pe tubul rigid (cauciuc, tub sticlă) trecut prin mezenter şi fixat la piele, cu fir de aţă.

Fig. 791. — Tehnica anusului contra naturii. Ansa colică va fi deschisă transversal; anusul va fi suturat pe ansa aferentă. Incizia va fi largă.

Fig. 792. — Tehnica anusului contra naturii. Materiile fecale lovindu-se de pinten vor ieşi în totalitate prin incizia practicată pe ansa aferentă.

1. Colonul transvers este exteriorizat fără tensiune prin plaga de laparotomie, la extremitatea superioară a acesteia.

2. Se trece pe sub colon un tub rigid prin grosimea mezocolonului transvers. Atenţie să nu se rănească arcada arterială marginală a colonului (reprezentată la acest nivel prin arcada Riolan). De obicei tubul poate fi trecut între marginea mezostenică a colonului şi arcada arterială (fig. 789). Dacă arcada este prea aproape de colon, atunci tubul rigid va fi trecut în plin mezocolon, sub arcada vasculară, avîndu-se grijă ca vasele să fie ligaturate şi secţionate (pentru a nu se produce hemoragii prin leziunea de decubit a tubului, sau la deschiderea anusului). Seroasa colonului exteriorizat este fixată cu cîteva-fire de aţă la peritoneul parietal împrejurul marginilor inciziei de laparotomie. Colonul nu va fi exteriorizat în exces, deoarece în acest caz pintenul colic realizat de tubul rigid nu mai este eficient pentru a opri tranzitul fecalelor.

3. Se suturează incizia de laparotomie cu fire de in (după tehnica descrisă) lăsînd loc suficient pentru ansa colică exteriorizată. Sutura seroasei ansei colice la tegumente cu fire izolate de aţă.

4. Aşezarea tubului rigid şi fixarea lui la tegumente cu fir de aţă (cu laţ) pentru a permite la pansamentele ulterioare curăţirea tegumentelor sub tubul rigid (fig. 790). Pansament zilnic.

5. Deschiderea anusului se va face după 2—3 zile, timp în care colonul devine aderent la marginile plăgii de laparotomie. Dacă mai devreme de acest termen bolnava prezintă un meteorism accentuat, se pot evacua gazele prin puncţionarea peretelui colic. Deschiderea colonului se face cu bisturiul sau cu foarfeca; incizia se face perpendicular pe axul longitudinal al colonului (fig. 791) şi întotdeauna pe povîrnişul ansei aferente; în aşa fel se va plasa incizia, ca relieful pintenului colic să realizeze un baraj eficient pentru evacuarea fecalelor (fig. 792). Peretele colic va fi incizat pînă aproape de peretele mezostenic (peretele posterior) al colonului (fig. 792).

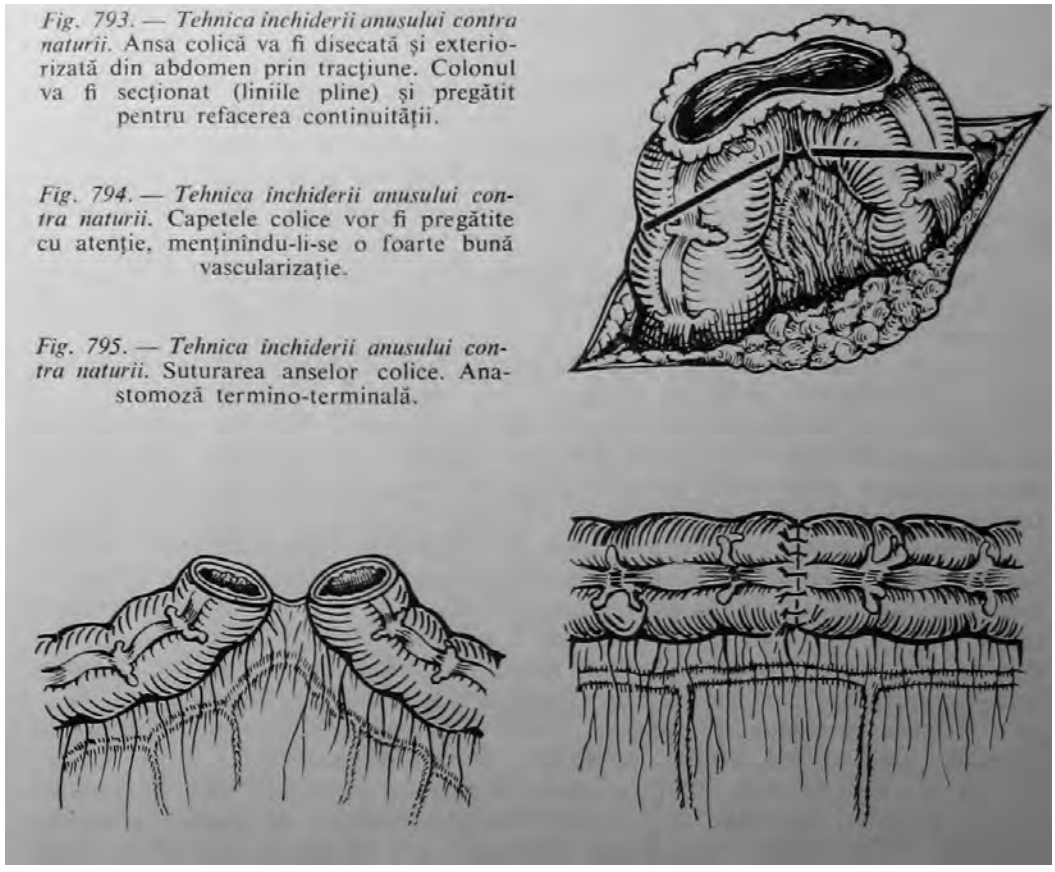


Fig. 793. — Tehnica închiderii anusului contra naturii. Ansa colică va fi disecată şi exteriorizată din abdomen prin tracţiune. Colonul va fi secţionat (liniile pline) şi pregătit pentru refacerea continuităţii.

Fig. 794. — Tehnica închiderii anusului contra naturii. Capetele colice vor fi pregătite cu atenţie, menţinîndu-li-se o foarte bună vascularizaţie.

Fig. 795. — Tehnica închiderii anusului contra naturii. Suturarea anselor colice. Anastomoză termino-terminală.

b) *Anusul artificial pe colonul sigmoid* (anus praeter). Colonul sigmoid va fi exteriorizat printr-o incizie totală a peretelui abdominal, practicată în fosa iliacă stîngă (la 3 laturi de deget intern faţă de spina iliacă antero-supe- rioară, pe o linie ce uneşte spina cu ombilicul (vezi fig. 788).

Tehnica este similară cu aceea descrisă anterior.

Pînă la închiderea anusului, bolnava va purta un aparat pentru colectarea fecalelor. Tendinţa la diaree va fi corectată prin medicaţie constipantă şi regim alimentar adecvat.

După ce necesitatea existenţei anusului colic este depăşită, se poate suprima anusul printr-o colectomie segmentară cu anastomozarea termino-terminală a capetelor colonului transvers (fig. 793—795); fiind o operaţie delicată, ginecologul va solicita colaborarea unui chirurg.

3. ENTEROPLICATURA

Este operaţia care creează posibilitatea aderării ordonate anatomic a unor anse intestinale deperitonizate în timpul unei viscerolize; dacă aceste anse lezate ar â lăsate să adere între ele «la întîmplare», aşa cum le conduce « zbuciumul lor peristaltic», există posibilitatea aderării lor viciate, fapt urmat de aderenţe dureroase cu tulburări serioase de tranzit, mergînd pînă la subocluzii cronice şi ocluzii acute.

Indicaţii. Enteroplicatura poate fi efectuată în scop *profilactic* de ex. după viscerolіza intestinului subţire dintr-un bloc inflamator pelvian, seroasa enterală fiind lezată pe suprafeţe întinse.

Curativ, enteroplicatura va fi efectuată în intervenţiile pentru sindroame ocluzive recidivante (prin aderenţe).

Eliberarea intestinelor din blocul aderenţial se va face cu mare atenţie, deoarece ansele destinse au pereţii edematoşi ce uşor se pot fisura. Nesuturarea unor asemenea mici fisuri, neobservabile, va duce inevitabil la apariţia peri- tonitelor generalizate.

Enteroplicatura poate fi efectuată pe toată lungimea intestinului subţire *(enteroplicatura totală),* sau numai în anumite zone ale intestinului *(enteroplicatura parţială),* unde leziunile seroase enterale sînt mai evidente. *Fapt important:* ultimii 15—30 cm de anse ileale nu vor fi plicaturate, fiind lăsate libere întotdeauna. Ele nu se pot volvula, fiind fixate de implantarea lor în cec. Respectarea acestui detaliu asigură o bună funcţionalitate intestinului plicaturat.

Tehnica operatorie. Prezentăm succint 3 tehnici, mai frecvent utilizate în practică; toate se pot efectua, la alegere după efectuarea enterolizei.

1. *Tehnica C h. N oble* (descrisă de autor în 1918—1920). Se practică sutura pereţilor intestinali a 2 anse învecinate, aşezate de chirurg anatomic (fig. 796, 797); lungimea unei bucle intestinale este de aprox. 20 cm şi nu se va depăşi această lungime. Sutura se va face cu ace subţiri intestinale, atraumatice, cu fir de catgut cromat sau aţă subţire.

Atenţie: există pericolul ca ansele destinse de gaze şi lichide să plesnească cînd firul de ligatură le apropie forţat (pericol de peritonită); deci conţinutul anselor va fi în prealabil aspirat printr-o enterotomie minimă.

Preferabil să folosim fire izolate de sutură; Noble preconiza surjet; P. Simici publică riscul rupturii firului lung urmat de ocluzie la acest nivel (prin bridă).

Aşezarea buclelor suturate se va face anatomic.

2. *Tehnica C. Andreoiu* (1963). Andreoiu C. şi Milicescu Şt. publică o modificare interesantă a tehnicii Noble: pentru a evita fisurarea anselor^ destinse şi pentru a permite o bună peristaltică a lor autorul fixează ansele între ele, nu prin pereţii lor, ci prin mezenterul lor (fire izolate de aţă, trecute la 4—5 cm unul de altul). Se va avea grijă ca firele să treacă printre arterele drepte ale mezenterului pentru evitarea hematoamelor (fig. 798).

3. *Tehnica J. Raymond* (1966). Dat fiind riscul fisurării intestinelor suturate prin procedeul Noble, J. Raymond diminuă apreciabil numărul acestor fire, suturînd buclele de anse intestinale numai la extremităţile lor (fig. 799).

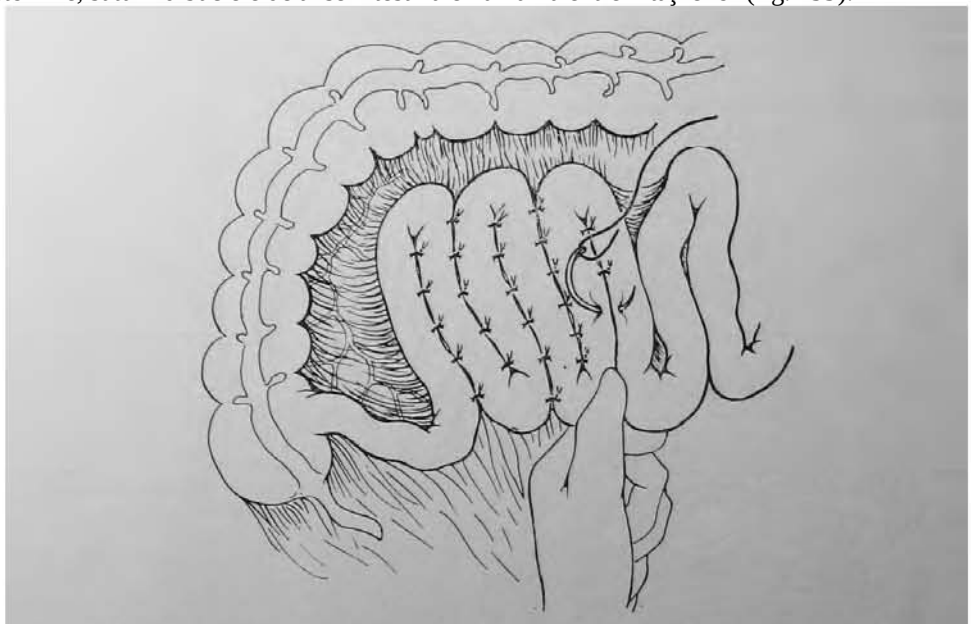


Fig. 796. — Enteroplicatura procedeul Noble. Modul de aşezare şi suturare a anselor.

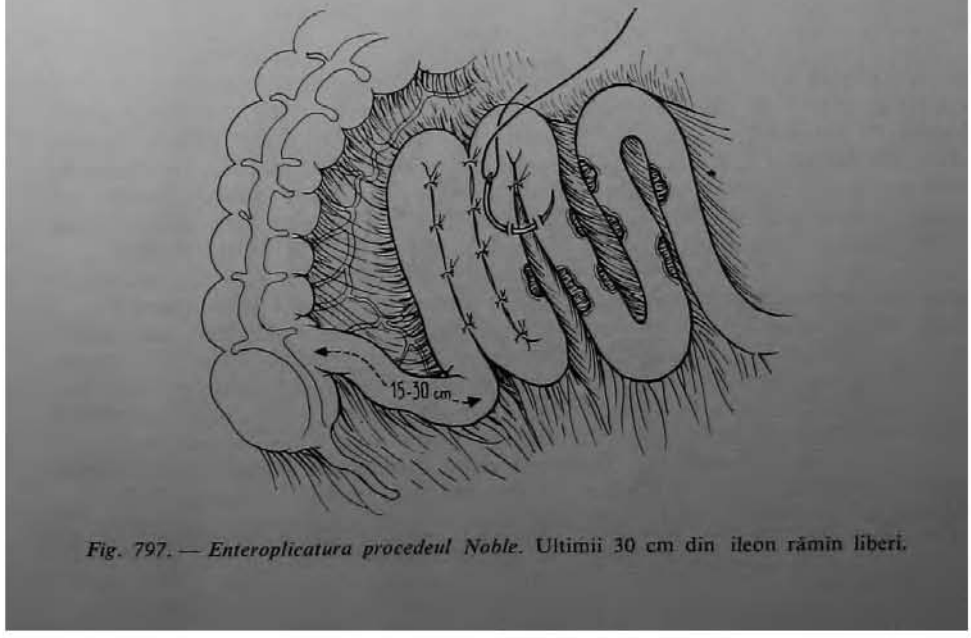


Fig. 797. — Enteroplicatura procedeul Noble. Ultimii 30 cm din ileon rămîn liberi.

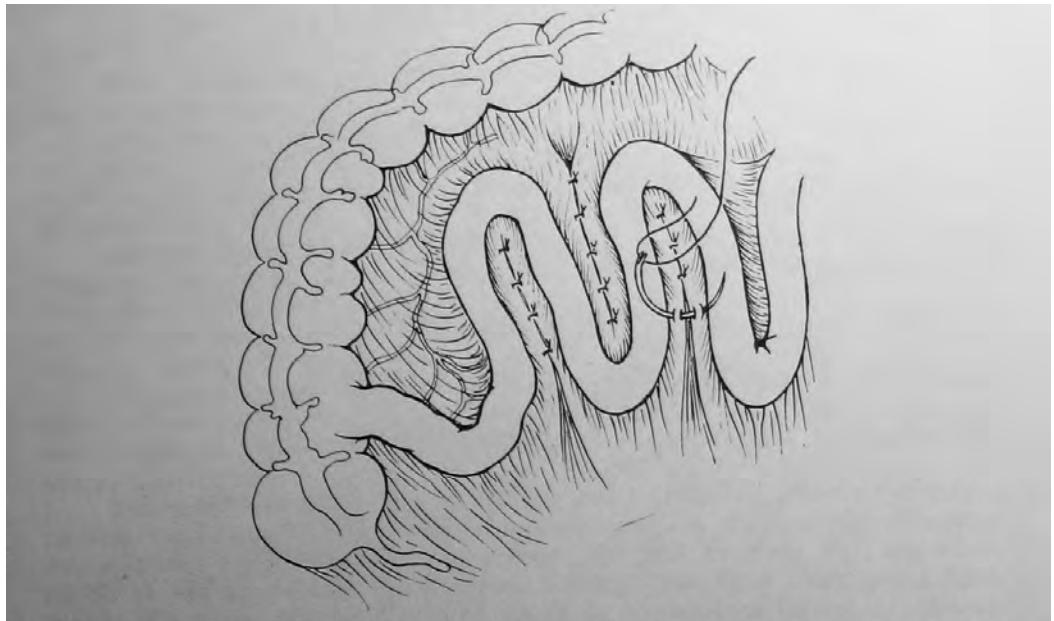


Fig. 798. — Enteroplicatura procedeul C. Andreoiu. Modul de fixare a firelor pe mezenter.

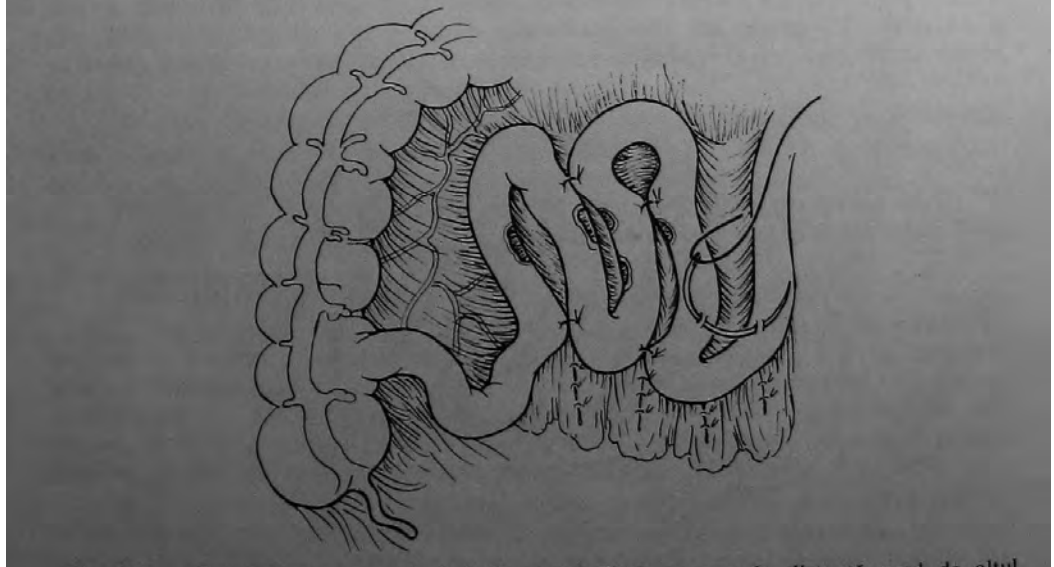


Fig. 799. — Enteroplicatura procedeul J. Raymond. Firele se trec la distanţă unul de altul (aproape de capetele buclelor).

Tehnicile lui C. Andreoiu şi J. Raymond sînt superioare tehnicii Noble, fiind mai fiziologice, permiţînd o mai bună progresare a undei peristaltice de-a lungul buclelor intestinale nesuturate direct între ele.

Tehnica lui Raymond mai are avantajul scurtării duratei operaţiei (la 30—40 minute) prin reducerea numărului punctelor de sutură.

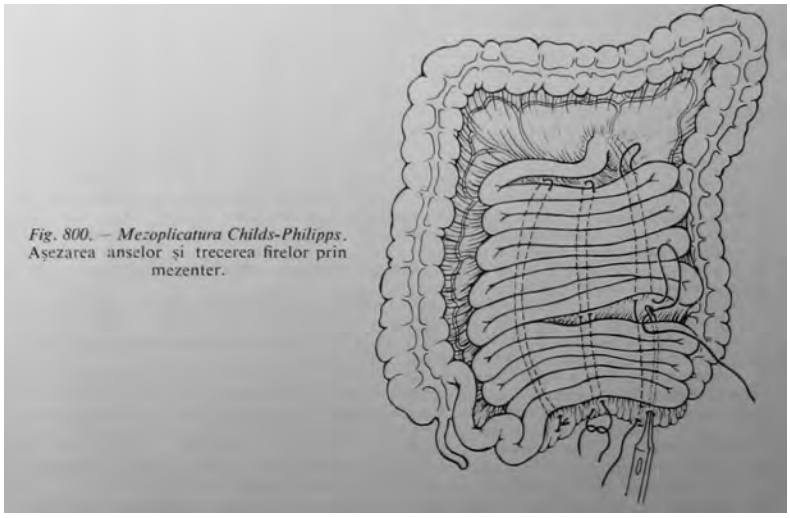


Fig. 800. — Mezoplicatura Childs-Philipps. Aşezarea anselor şi trecerea firelor prin mezenter.

Operaţia Noble originală durează aproximativ 2 ore, cînd se plicaturează întreg intestinul. Mai recent *Childs W. A.* şi *Philipps R. B.* (1960) publică o tehnică numită « mezoplicatură» are înlocuieşte tehnicile cunoscute de entero- plicatură cu o plicaturare a întregului mezenter (fig. 800). Tehnica este mult mai dificilă tehnic, utilă în enteroplicaturile totale şi nu credem că este utilă ginecologilor, care vor apela mai frecvent la enteroplicaturile zonale şi nu totale.

Pentru detalii asupra acestei tehnici de uz chirurgical recomandăm publicaţiile lui I. Chiricuţă şi V. Popescu sau P. Simici (1976).

Complicaţiile enteroplicaturilor. Complicaţia imediată de temut este peritonită prin perforarea peretelui intestinal suturat. Perforaţia poate apare intraoperator (situaţie în care se va sutura în bursă orificiul de perforaţie) sau şi mai grav, postoperator, prin distensia anselor suturate (prin procedeul Noble). De aceea enteroplicatura obligă la drenajul abdomenului.

Se poate preveni distensia prin aspiraţie continuă gastro-duodenală cu sonda introdusă endonasal în stomac (tub Einhorn).

Complicaţiile tardive sînt limitate la instalarea unui disconfort enteral (crampe, dificultăţi de tranzit). Avantajul mare al enteroplicaturei este că permite o profilaxie a ocluziilor recidivante.

CHIRURGIA GLANDEI MAMARE

Chirurgia glandei mamare cuprinde intervenţii cu caracter local şi intervenţii cu caracter Ioco-regional şi necesită cunoaşterea datelor de anatomie privind mamela, regiunea mamară, axila, peretele toracic.

Glanda mamară este formată din 18—20 de lobi care au fiecare canal excretor propriu; individualizarea fiecărui lob este mai mult sau mai puţin posibilă (fig. 801). Cunoaşterea lobulaţiei are importanţă în chirurgia supu- raţiilor, a unor forme de tumori benigne (papilom intracanalicular) şi în efectuarea unor intervenţii cu caracter local (rezecţii sectoriale).

Aria glandei mamare este variabilă (fig. 802), ceea ce are o deosebită importanţă pentru intervenţiile care urmăresc extirparea glandei în totalitate sau extirparea completă a unui sector, mai ales în chirurgia tumorilor maligne.

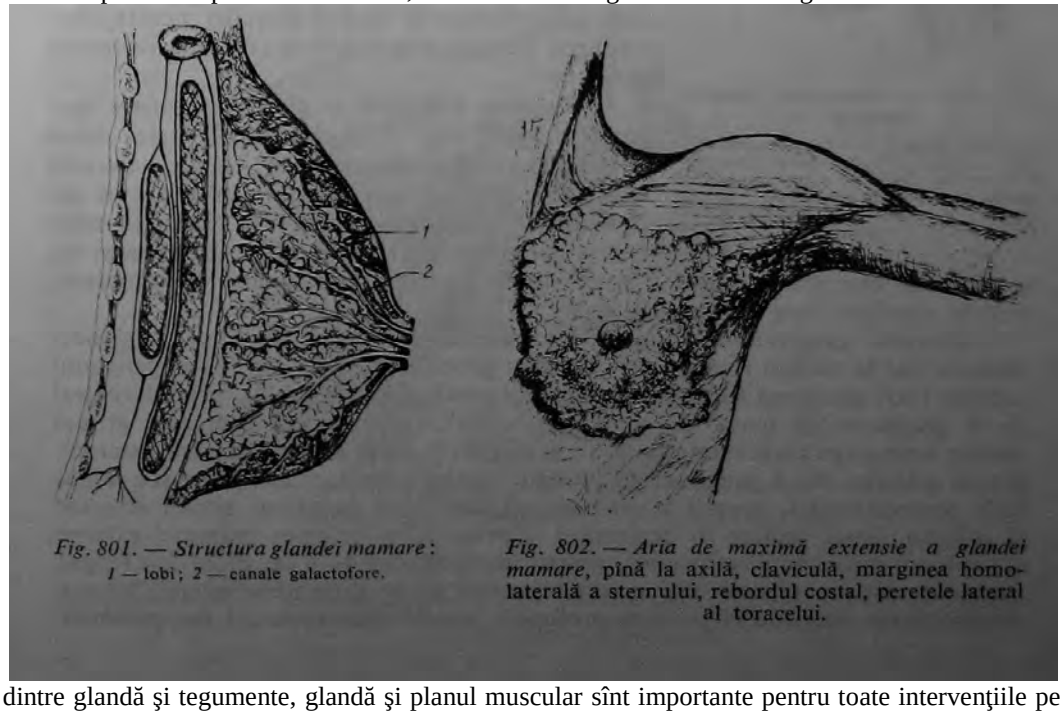


Fig. 801. — Structura glandei mamare: 1 — lobi; 2 — canale galactofore.

Fig. 802. — Aria de maximă extensie a glandei mamare, pînă la axilă, claviculă, marginea homo- laterală a sternului, rebordul costal, peretele lateral al toracelui.

Raporturile dintre glandă şi tegumente, glandă şi planul muscular sînt importante pentru toate intervenţiile pe sîn. Glanda mamară este dezvoltată în fascia superficială şi este cuprinsă într-un înveliş fascial. Prezenţa ligamentului Cooper împiedică « decolarea» tegumentelor de pe glanda mamară şi disecţia glandei de tegumente se face cu bisturiul sau foarfeca, avînd grijă ca

secţiunea să se facă cît mai aproape de tegumente pentru a nu lăsa pe planul tegumentelor fragmente de glandă cuprinse în crestele Duret (fig. 803). In schimb, glanda poate fi decolată de pe planul muscular datorită fasciei proprii, fasciei marelui pectoral şi planului de clivaj dintre ele, dar trebuie avut în vedere că fascia poate fi străbătută de prelungiri ale glandei ma- mare, unul din motivele pentru care, în intervenţiile pentru tumori maligne care nu includ rezecţia marelui pectoral, fascia muşchiului trebuie îndepărtată şi că la polul inferior glanda este mai aderentă şi decolarea mai dificilă.

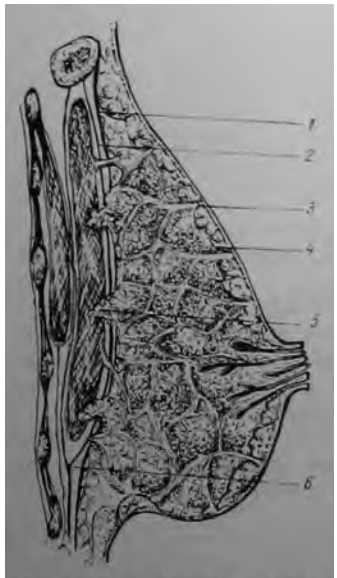


Fig. 803. — Structura glandei mamare :
1 — fascia glandei; *2* — fascia muşchiului mare pectoral; *3* — ligamentul Cooper; *4* — crestele Duret; *5* — prelungiri ale glandei în fascia pectoralului şi în muşchi; *6* — spaţiul de decolare retro-mamar.

Vascularizaţia glandei mamare (fig. 804) este multiplă, arterele avînd origine în mamara internă (o perforantă importantă în spaţiul II intercostal), intercostale, acromiotoracică, scapulara inferioară. Vasele, arterele şi venele corespunzătoare, abordează glanda atît pe suprafaţa superficială cît şi pe cea profundă, dar în cea mai mare parte pe suprafaţa superficială. în jurul bazei mamelonului se formează un cerc venos care se întîlneşte în cursul disecţiei pentru identificarea canalelor galactofore (rezecţia sectorială dirijată).

Reţeaua limfatică a glandei mamare este foarte bogată (fig. 805). Ea este foarte densă în zona areolară şi periareolară; canalele eferente străbat în cea mai mare parte ţesutul grăsos pe- riglandular, motiv pentru care, în chirurgia radicală a neoplasmului, indiferent de localizarea tumorii, zona centrală areolară şi periareolară şi ţesutul subcutanat periglandular trebuie cuprinse larg în exereze.

Grupele ganglionare care primesc eferentele reţelei limfatice a glandei mamare sînt în primul rînd grupele axilare: grupul subclavicular (2—6 ganglioni cuprinşi între marginea superioară a micului pectoral şi claviculă), grupul central (3—4 ganglioni în masa de ţesut grăsos situaţi sub micul pectoral), grupul mamar extern sau toracic lateral (4—6 ganglioni în jurul arterei mamare externe), grupul scapular (6—8 ganglioni de-a lungul vaselor scapulare inferioare şi a ramurilor toracodorsale), grupul lateral sau axilar (4—6 ganglioni situaţi anterior şi inferior venei axilare în segmentul cuprins între originea mamarei externe şi tendonul muşchiului latissimus), grupul interpectoral (4—6 ganglioni de-a lungul arterei pectorale, ramură din acromiotoracică şi la diviziunea arterei, înainte de abordarea muşchiului pe faţa profundă, situată deci între cei doi pectorali (uneori există ganglioni şi la originea trunchiului acromiotoracic). La aceste grupuri trebuie adăugat şi ganglionul prepectoral situat în ţesutul subcutanat cranial de glanda mamară (fig. 805). Grupele ganglionare axilare şi ganglionul pre-pectoral au o deosebită semnificaţie în chirurgia radicală, îndepărtarea lor corectă, totală în bloc, impunînd anumite condiţii tehnice care sînt şi obiectul unor discuţii privind mastectomia radicală modificată.

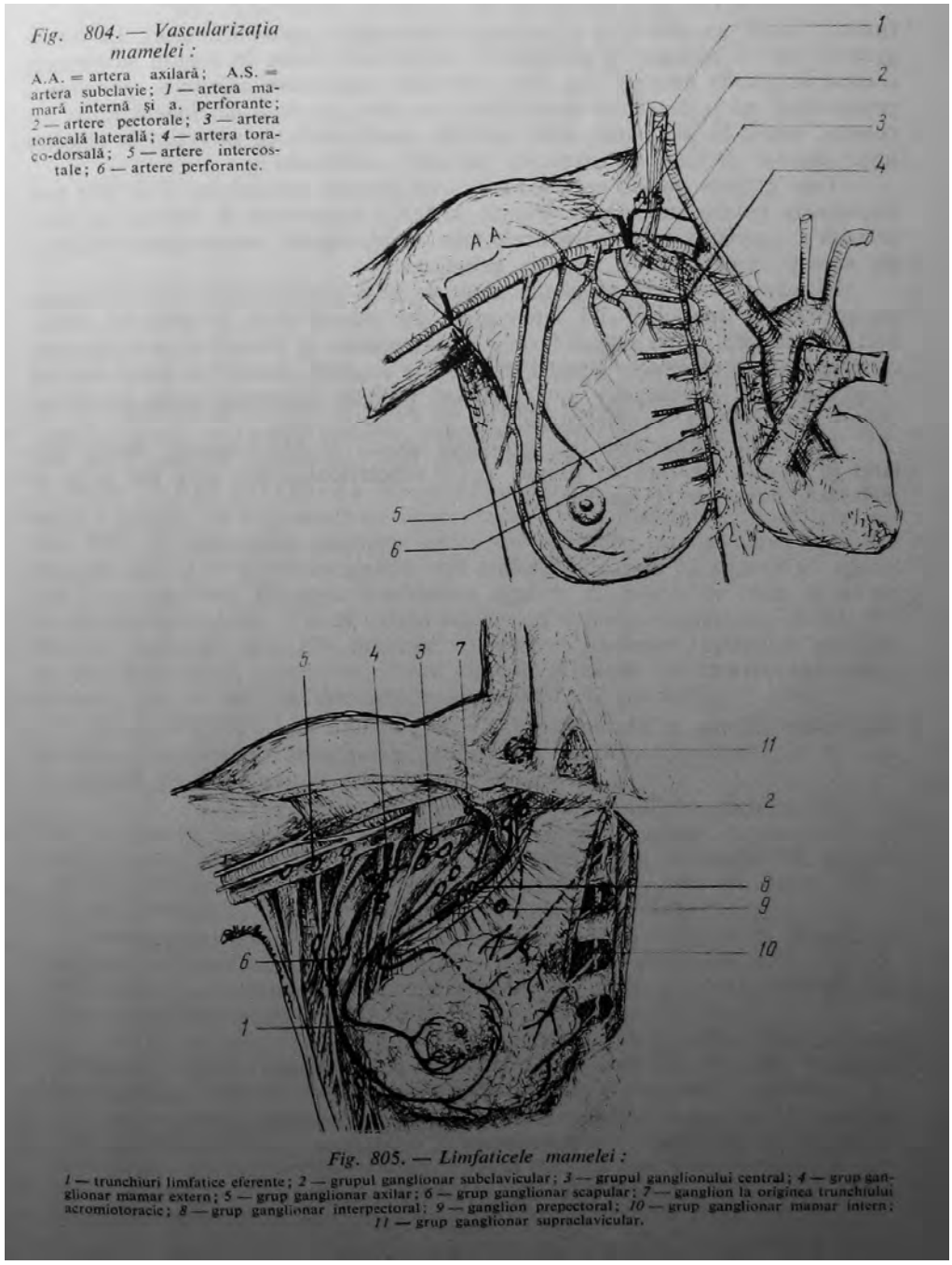


Fig. 804. — Vascularizaţia mamelei :

A.A. = artera axilară; A.S. = artera subclavie; *1* — arteră mamară internă şi a. perforante; *2* — artere pectorale; *3* — artera toracală laterală; *4* — artera toraco-dorsală; *5* — artere intercostale; *6* — artere perforante.

Fig. 805. — Limfaticele mamelei :

1 — trunchiuri limfatice eferente; *2* — grupul ganglionar subclavicular; *3* — grupul ganglionului central; *4* — grup ganglionar mamar extern; *5* — grup ganglionar axilar; *6* — grup ganglionar scapular; *7* — ganglion la originea trunchiului acromiotoracic; *8* — grup ganglionar interpectoral; *9* — ganglion prepectoral; *10* — grup ganglionar mamar intern; *11* — grup ganglionar supraclavicular.

Deşi grupele ganglionare axilare şi ganglionul prepectoral sînt cele mai importante pentru stadializare clinică, indicaţii terapeutice şi pentru chirurgia curentă a neoplasmului, pentru unele tehnici chirurgicale numite supra-radicale, au aceeaşi importanţă şi grupele ganglionare:

a) mamar intern (6—8 ganglioni situaţi de-a lungul arterei mamare interne, majoritatea în spaţiul I—III intercostal, dar plasaţi pînă la rebordul costal, deci în mediastin, între planul format de intercostali şi pleură) şi care primeşte ca primă staţie eferentele glandei din zonele centrală, internă şi polul inferior (zona şanţului submamar) sau curentul limfatic retrograd, dacă ganglionii axilari sînt blocaţi de metastaze;

b) grupul supraclavicular (ganglioni situaţi în jurul vaselor subclavicu- lare) în directă legătură cu grupul axilar subclavicular, dar care pot primi şi metastaze direct de la mamelă, j

II. CHIRURGIA SUPURAŢIILOR GLANDEI MAMARE

Supuraţiile cele mai frecvente ale glandei mamare sînt supuraţiile lobilor (mastite acute), unice sau multiple, care apar în special în perioada de lactaţie. Pot avea evoluţie superficială sau profundă (fig. 806).

In supuraţiile cu evoluţie superficială, incizia şi drenajul abcesului se fac printr-o incizie radială sau preferabil circumferenţială (fig. 807). în supuraţiile profunde unice sau multiple, incizia submamară sau laterală externă şi decolarea glandei sînt preferabile pentru că asigură un drenaj mai bun (fig. 808). Eficienţa intervenţiei depinde nu numai de calea de abord şi eficienţa drenajului, ci şi de exacta evaluare a focarelor supurative şi drenajul tuturor focarelor, dacă sînt multiple. Depistarea focarelor supurative multiple se face prin incizii largi şi explorare digitală. Abcesele premamare sau retro- mamare, foarte rare, se drenează prin aceleaşi căi de acees.

Abcesul subareolar (tuberos) — supuraţie a glandei sudoripare areolare s-g se drenează prin incizie periareolară: dacă este recidivant, se recurge la rezecţia glandei supurate prin incizie similară.

în supuraţiile cronice, cu sau fără fistulizare, determinate mai ales de infecţia unei cavităţi preformate (galactocelul supurat, supuraţie în ec- tazia ductală, chistul supurat) sau în tuberculoza sau actinomicoza glandei mamare, sînt necesare rezecţii parţiale (vezi pag. 1067), sau în unele forme de tuberculoză şi actinomicoză, mastectomia totală (vezi pag. 1069).

Flegmonul difuz impune uneori probleme dificile de diagnostic cu mastită carcinomatoasă acută (fig. 809). Numai dacă diagnosticul de flegmon este confirmat, se recurge la intervenţii şi incizii largi, eventual multiple, cu explorare pentru depistarea şi evacuarea colecţiilor şi sfacelurilor.

Anestezia generală, inciziile largi şi drenajul larg, cu tuburi bine plasate, eventual cu aspiraţie continuă în abcesele mari, contribuie la vindecarea bolnavei fără supuraţii trenante, fistule, cicatrice deformante şi intervenţii repetate.

Antibioterapia este indicată, dar evacuarea corectă a colecţiilor şi drenajul sînt cheia tratamentului supuraţiilor şi antibioterapia nu suplineşte o intervenţie insuficientă. în supuraţiile apărute înafara lactaţiei şi nedeterminate de un factor evident (traumatism etc.), supuraţia secundară unui neoplasm, deşi rară, poate fi suspectată.

Fig. 806. — Supuraţii ale lobilor şi posibilităţile de evoluţie superficială sau profundă (retromamar).

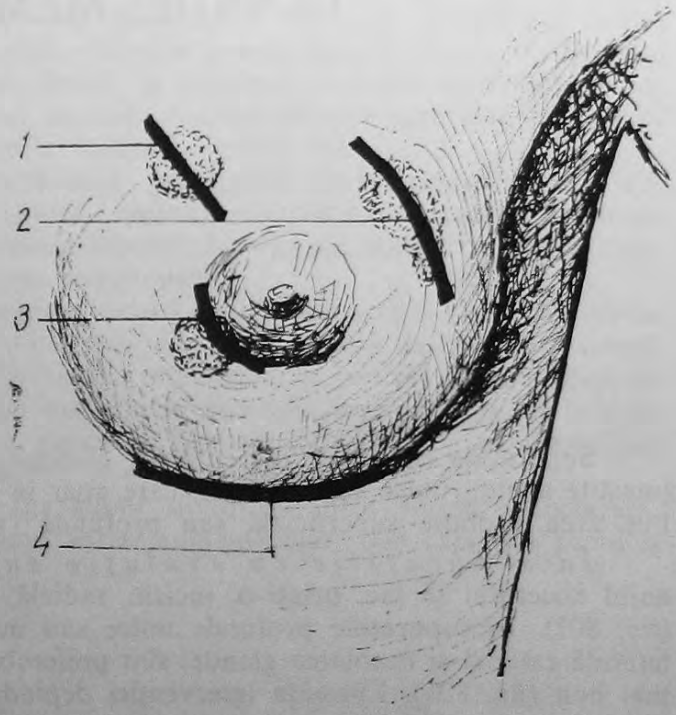


Fig. 807. — Inciziile :
1 — radială; *2* — circumferenţială; *3* — periareolară; *4* — submamară. Cu excepţia inciziei radiale, inciziile respectă dispoziţia circulară a fibrelor elastice.

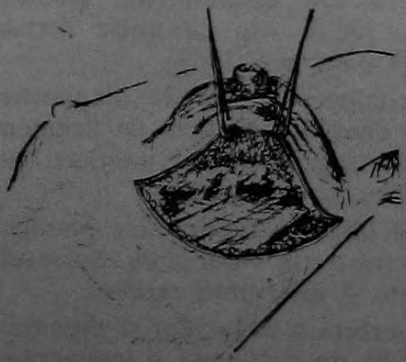


Fig. 808. — Incizie submamară şi decolarea glandei pentru expunerea feţei profunde.

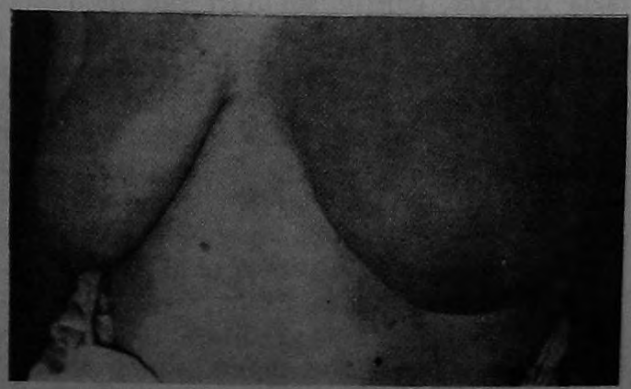


Fig. 809. — Mastită carcinomatoasă acută. Glanda mamară stîngă mărită de volum, cu tegumente de aspect inflamator.

III. CHIRURGIA TUMORILOR GLANDEI MAMARE

A. GENERALITĂŢI

Chirurgia sinului este dominată de chirurgia tumorilor mamare benigne şi maligne şi a unor distrofii mamare (boala chistică, adenomatoza); problemele de chirurgie plastică, aparţinind unei specialităţi distincte, nu sînt tratate în acest capitol deşi, în chirurgia tumorilor maligne şi în tratamentul sechelelor intervenţiilor radicale, chirurgia plastică are un rol important.

Chirurgia tumorilor mamare implică o mare responsabilitate pentru că:

— impune un diagnostic foarte precis obţinut înainte de a stabili un plan terapeutic prin examen clinic corect şi complet, examen radiologie competent (mamogafie — fig. 810, 811, 812) şi puncţie (examen citologic). Imposibilitatea de a obţine un diagnostic cert preoperator se corectează obligatoriu peroperator prin examen histopatologic extemporaneu care devine obligatoriu şi cînd este discordanţă între datele clinice şi rezultatul puncţiei. Necesitatea diagnosticului anatomopatologic precis decurge din experienţa clinică care arată că unele tumori maligne sugerează diagnosticul de tumoare benignă (tumori bine delimitate, neaderente, cu contur regulat, mici, care nu pot fi abordate prin puncţie), iar unele afecţiuni benigne, destul de numeroase, prin aderenţe, infiltraţia şi retracţia tegumentelor neregularitate, deformarea mamelonului şi areolei, modificările tegumentelor etc., sugerează neoplasmul (zone de mastoză chistică, chistul şi galactocelul cu inflamaţie, adenofibromul voluminos, micozele, necroza traumatică etc.) (fig. 813). Trebuie adăugat şi faptul că neoplasmul mamar se poate dezvolta în unele formaţiuni benigne (mastoză chistică, chist mamar). Abordarea chirurgiei tumorilor mamare, fără un diagnostic precis, atrage fie un tratament incomplet şi incorect în neoplasmul curabil (tumoare malignă tratată ca benignă), fie o intervenţie mutilantă inutilă (tumoare benignă tratată ca malignă), fie aplicarea unei terapii cu potenţial agravant (incizii de drenaj sau exereze în mastita carcinomatoasă acută);

— terapia bolilor mamelei, inclusiv cea chirurgicală, se practică numai cu controlul anatomopatologic;

— abordarea chirurgiei tumorilor mamare necesită cunoaşterea tuturor procedeelor operatorii, pentru că o intervenţie locală poate impune, prin rezultatul biopsiei extemporanee, o intervenţie cu caracter radical în aceeaşi şedinţă operatorie. Chirurgul care se aventurează cu superficialitate într-o « biopsie de sîn», tentat <le aparenta facilitate şi care nu are asigurate condiţiile unui examen

— extemporaneu şi nici nu poate trece la o intervenţie radicală, dacă aceasta este necesară, comite o mare eroare; temporizarea intervenţiei radicale se face în detrimentul bolnavei;

Fig. 810. — Mamografie. Mastoză chistică.

Fig. 811. — Mamografie. Chist mamar.

Fig. 812. — Mamografie. Carcinom mamar; opacitate neomogenă cu prelungiri și reacție mamelonară.

Fig. 813 A. — Tumoare philodes de sîn sting cu modificări ale tegumentelor (S.I., 15 ani, culoare violacee, piele atrofică în stadiul de preulcerație). *B. — Chist subareolar sting* (P.E. 56 ani: invaginarea mamelonului sting).

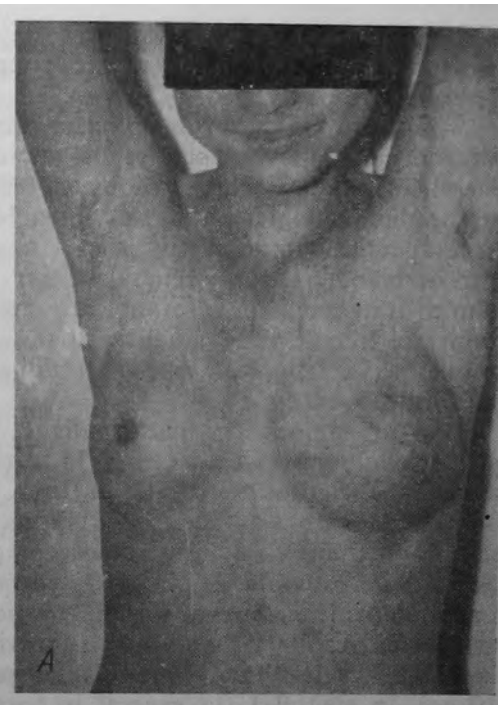


Fig. 813 A

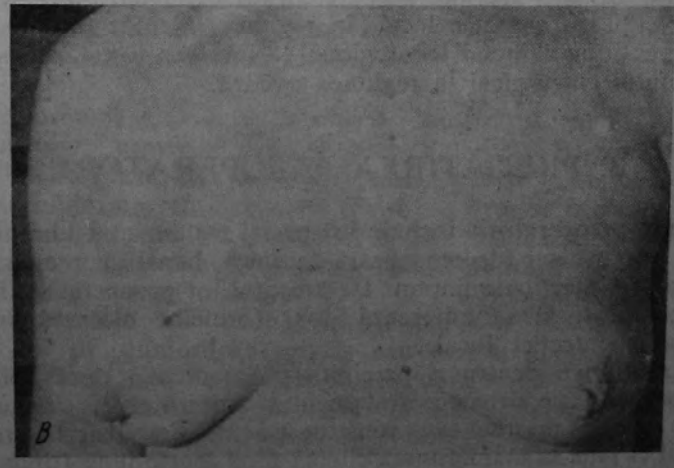


Fig. 813 B

— chirurgia tumorilor mamare implică o cunoaştere a valorii şi indicaţiilor tuturor metodelor terapeutice cu caracter loco-regional (terapia iradiantă cu energii înalte) sau general (hormonoterapia, inclusiv castrarea chirurgicală sau prin iradiere sau intervenţii pe alte glande endocrine — chimio- şi imunoterapia). în terapeutica tumorilor maligne şi a distrofiilor, actul chirurgical se situează într-un plan terapeutic general. Chiar dacă chirurgul nu stabileşte indicaţia şi tehnica tratamentelor adjuvante sau complementare (în realitate denumite astfel greşit), el trebuie să le cunoască şi să îndrume bolnava spre specialistul cu care trebuie să colaboreze. Astăzi tratamentul chirurgical, ca terapeutică unică, constituie o excepţie;

— în tumorile mamare maligne, indicaţia planului terapeutic şi alegerea momentului chirurgical se fac în raport cu rezultatele obţinute prin metode terapeutice riguros verificate în timp. Excepţiile nu stabilesc o metodă: o bolnavă la care s-a făcut o «tumorectomie» pentru carcinom şi care deşi a respins instituirea unui tratament complet are o supravieţuire îndelungată, nu poate fi un exemplu de conduită terapeutică pentru toate carcinoamele sînului. în carcinoamele sînului, un diagnostic precoce şi un tratament corect pot fi urmate de rezultate favorabile: supravieţuiri de 70—80% la 5 ani şi 55—60% la 10 ani (ca rezultate globale) şi supravieţuiri de 85% la 5 ani şi 60—65% la 10 ani, în stadiul I (în general în forme fără metastaze în ganglionii axilari). în stadiile cu N+, în general, supravieţuirea este apreciabil redusă dar nu se exclud şi rezultate de durată.

Tratamentul tumorilor sînului şi al distrofiilor mamare necesită deci o cunoaştere serioasă a problemelor de diagnostic şi terapeutică şi o colaborare multidisciplinară între chirurg, oncolog, radiolog, radioterapeut, anatomopatolog.

în general, intervenţiile care se adresează tumorilor şi distrofiilor mamare se pot clasifica în:

a) intervenţii cu caracter local, în regiunea mamă;

b) intervenţii cu caracter locoregional — intervenţii radicale — care implică extinderea actului chirurgical la regiunea axilară.

B. PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Pregătirea preoperatorie include în special tratamentul unor boli asociate, dacă aceasta este necesar (decompensare cardiacă, hepatică, renală etc.). Coexistenţa unor focare infecţioase impune tratamentul lor preoperator.

Tratamentul local se adresează doar formelor ulcerate, infectate, care necesită terapia infecţiei locale.

Nu sînt motive pentru a precipita o intervenţie dacă bolnava necesită o terapie preoperatorie deoarece tratamentul cancerului de sîn nu constituie o «urgenţă» cu excepţia mastitei carcinomatoase acute, timpul desfăşurat de tumoare de la debutul ei pînă la manifestarea clinică fiind foarte lung (timp de dedublare lung).

Sînt necesare pregătirea psihologică şi consimţămîntul bolnavei cînd este indicată o intervenţie mutilantă sau cînd rezecţia parţială pentru examen ex- temporaneu ar putea fi urmată de o intervenţie mutilantă.

C. ANESTEZIA

Anestezia în chirurgia tumorilor sînului, în sensul clinic al tumorilor de sîn, este preferabil generală. Are avantajul de a nu modifica planurile şi de a nu solicita bolnava pentru două anestezii, dacă examenul extemporaneu al unei exereze parţiale indică necesitatea unei exereze largi în aceeaşi şedinţă operatorie.

Pentru acest motiv, abordarea chirurgiei sînului impune colaborarea unui anestezist competent care poate trece, fără neajunsuri pentru bolnavă, de la o anestezie generală de scurtă durată şi fără intubaţie, suficientă pentru o exereză în scop bioptic, la o anestezie de lungă durată, cu intubaţie neşocantă, pentru o exereză largă radicală, dacă se dovedeşte necesară.

în general, pierderile de sînge în cursul intervenţiilor radicale nu sînt atît de mari încît să necesite transfuzia sanguină şi compensările se pot face cu substituenţi cristaloizi sau coloizi şi, în mod excepţional, cu sînge.

D. INTERVENŢII CU CARACTER LOCAL

Sînt indicate în unele forme de mastoză chistică, în tumorile benigne şi în unele forme de supuraţii cronice. în tumorile maligne, indicaţiile sînt rare.

1. EXEREZĂ UNEI TUMORI

Intervenţia, care este reală «tumorectomie», are indicaţii în tumorile benigne (clinic, radiologie şi histologic) ca fibroadenomul, chisturi, tumori philodes, ceea ce nu exclude examenul extemporaneu, mai ales pentru anumite forme (tumorile philodes pot prezenta zone de malignizare, chistul poate conţine un carcinom papilar etc.).

Incizia trebuie aleasă în funcţie de localizarea tumorii, de mărimea ei şi a glandei mamare, urmărind şi un rezultat estetic (fig. 807), pentru că tumorile benigne pot apărea la adolescente, femei tinere, pot fi voluminoase, bilaterale, recidivante şi necesită intervenţii repetate (fig. 814). Este de preferat incizia peri- areolară sau circumferenţială. Pe cît posibil se va evita incizia radială, cu rezultat inestetic, care totuşi poate fi necesară pentru abordul tumorilor situate în prelungirea axilară a glandei mamare.

Incizia periareolară, cu rezultat estetic superior, poate fi folosită însă numai pentru abordul tumorilor centrale sau pentru abordul tumorilor periferice, dacă sînul este mic. A încerca ablaţia unei tumori periferice la un sîn mare, prin incizie periareolară, poate duce la un rezultat inestetic, mai ales prin defectele de hemostază, hematom şi supuraţie.

După incizie, se abordează tumoarea, eliberînd de glandă şi tumoare, pielea şi ţesutul subcutanat, ceea ce necesită manevre cu foarfeca sau bisturiul pentru că tegumentele sînt fixate de glandă prin ligamentul Cooper care trebuie secţionat. Tumoarea odată abordată, se reperează cu o pensă sau un fir tractor şi se decolează de glanda mamară (fig. 815, 816, 817). In intervenţii pentru for- maţiuni chistice mamare, incizia chistului, pentru a verifica dacă nu are în interior papilomatoză sau carcinom pa- plilifer, este recomandabilă. Dacă decolarea tumorii benigne de ţesutul mamar nu este posibilă, excizia de ţesut mamar adiacent nu este o greşeală. în adeno- fibroamele multilobulare trebuie evitată ablaţia incompletă care va duce la recidivă (fig. 818).

Fig. 814. — Fibro-adenom mamar drept voluminos; O.M., 19 ani.

în tumorile profunde, mari, situate în jumătatea inferioară a glandei, se poate folosi incizia submamară, urmată de decolarea glandei de pe fascia muşchiului mare pectoral; tumoarea se va aborda pe planul profund (fig. 807, 808). Dacă sînul este mic, se poate folosi calea submamară şi pentru tumorile din zona centrală sau din jumătatea superioară a glandei; incizia trebuie să fie J suficientă pentru a expune faţa posterioară a glandei şi nu se abordează tumoarea printr-o incizie mică şi un «tunel» ceea ce ar atrage defecte în execuţia hemostazei.

Hemostaza trebuie să fie foarte îngrijită şi dacă pensarea vaselor din ţesutul glandular nu este posibilă, hemostaza se face cu fir trecut prin ţesutul mamar. Drenajul cu tub de dren prin contraincizie, sau prin plagă, dacă s-a folosit calea retromamară, va fi decliv şi bine plasat în spaţiul lăsat de tumoare sau în spaţiul de decolare. Defectele de hemostază şi drenaj pot compromite rezultatul estetic (hematoame supurate). Dacă tumoarea ajunge la planul profund, fascial, tubul de dren se poate introduce prin contraincizie în şanţul submamar şi posterior faţă de glandă, prin spaţiul de decolare, cu atenţie pentru a nu rupe vasele care abordează glanda prin profunzimea ei.

C a p i t o n a j u l şi *sutura pielii* se efectuează luînd în consideraţie şi obiectivul estetic.

Dacă s-a folosit incizia submamară şi s-a efectuat o decolare importantă a glandei, este necesară refixarea glandei la fascia pectoralului pentru a preveni ptoza mamară ulterioară.

Dacă tumoarea a fost mare, sau s-a făcut decolare retromamară, pansamentul compresiv este util.

Antibioterapia nu este necesară.

Fig. 815. — Incizie circumferenţială pentru abordul unei tumori benigne.

Fig. 816. — Disecţia tegumentelor; secţiunea ligamentului Cooper superficial faţă de crestele Duret.

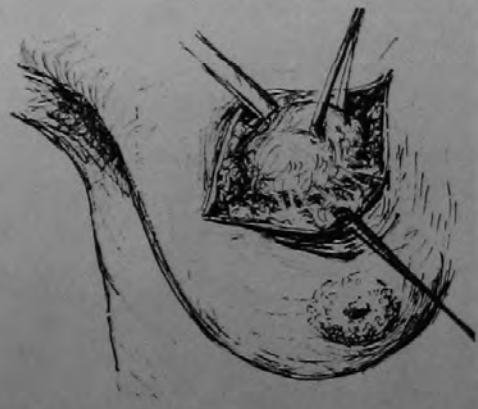


Fig. 817. — Evidenţierea tumorii.

Fig. 818. — Fibroadenom mamar polilobat.

2. REZECŢIA SECTORIALĂ DIRIJATĂ

Urmăreşte rezecţia unuia sau a mai multor lobi (sectoare) folosind ca reper canalul sau canalele galactofore corespunzătoare lobilor.

Este *indicată* în mamela sîngerîndă sau secretantă, fără tumoare clinic sau cu tumoare de dimensiuni foarte mici, care sugerează papilomul intraductal, ectazia galactoforică.

Tehnică. Se repereză orificiul sau orificiile secretante (în prealabil, galactografie sau cateterizarea orificiului şi introducerea de albastru de metilen — Chiricuţă — pentru reperarea exactă a sectorului pot fi utile) şi se efectuează, în raport cu topografia orificiului secretant, o incizie periareolară (fig. 819). Tracţionînd areola, ea se decolează, cu atenţie, cu bisturiul de pe glandă, pro gresiv spre mamelon, pînă se identifică canalul galactofor care deserveşte lobul afectat şi care se recunoaşte prin faptul că are conţinut sanguinolent sau lactes- cent sau seros, sau este dilatat.

Se izolează canalul galactofor, se secţionează la nivelul feţei profunde a mamelonului şi, capătul distal reperat pe o pensă expune progresiv teritoriul lobului (fig. 820, 821). Se izolează tegumentele de glandă (secţionînd ligamentul Cooper) pînă la marginea periferică a glandei. Prin tracţiunea canalului galactofor se caută individualizarea progresivă a lobului (sectorului) şi separarea lui de ceilalţi lobi; aceasta nefiind întotdeauna realizabil, se secţionează în plin ţesut mamar, la distanţă de limitele aproximative ale lobului, pînă se ajunge la planul posterior fascial şi la marginea glandei mamare în teritoriul respectiv. Excizia tesutului mamar va urmări extirparea unei zone triunghiulare cu vîrful la canalul galactofor şi baza la periferia glandei (fig. 822, 823).

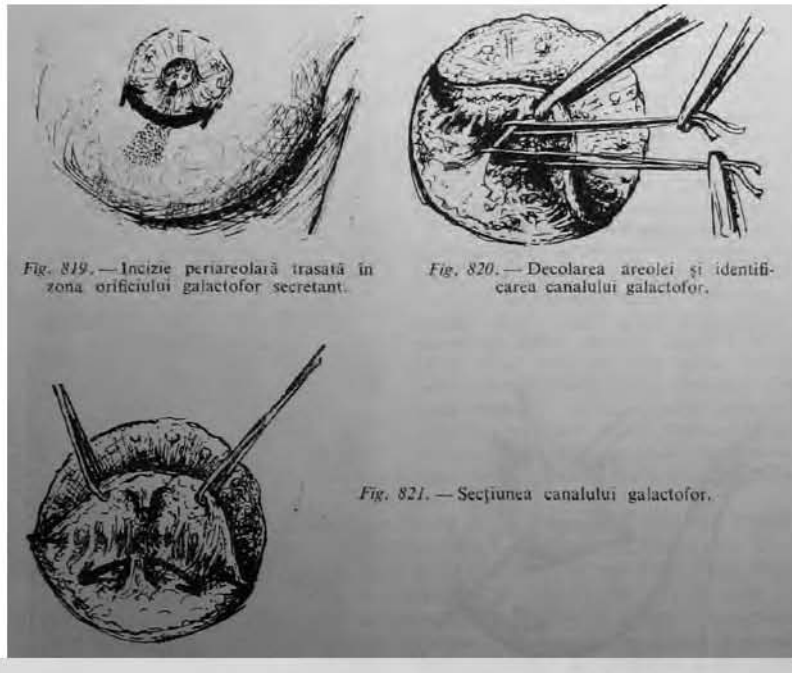


Fig. 819. — Incizie periareolară trasată în zona orificiului galactofor secretant.

Fig. 820. — Decolarea areolei şi identificarea canalului galactofor.

Fig. 821. — Secţiunea canalului galactofor.

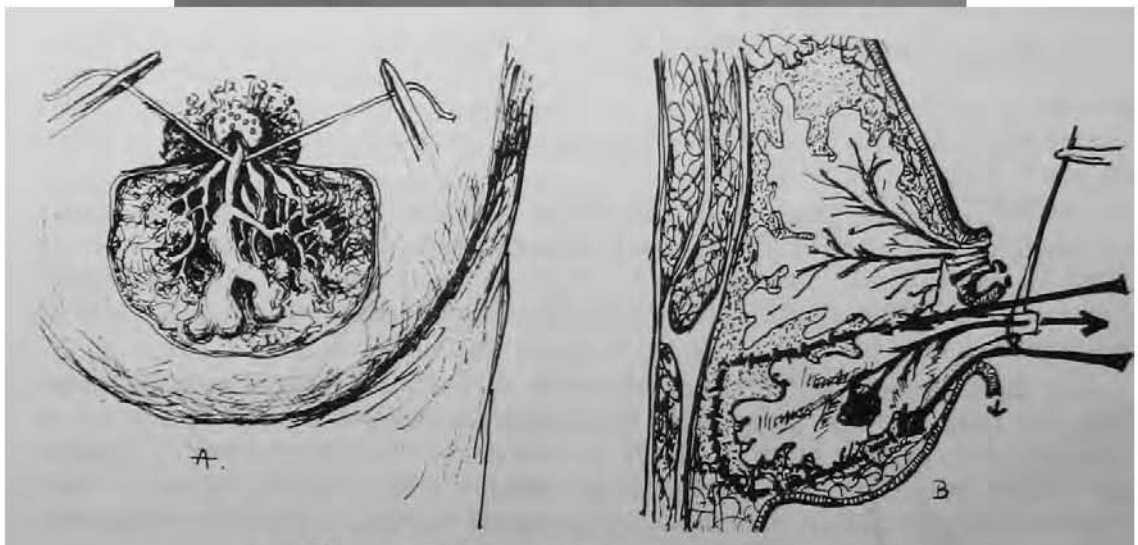


Fig. 822. — *A* şi *B* — schema sectorului care se rezecă.

Fig. 823. — Piesă de rezecţie sectorială dirijată (papilom intracanalicular).

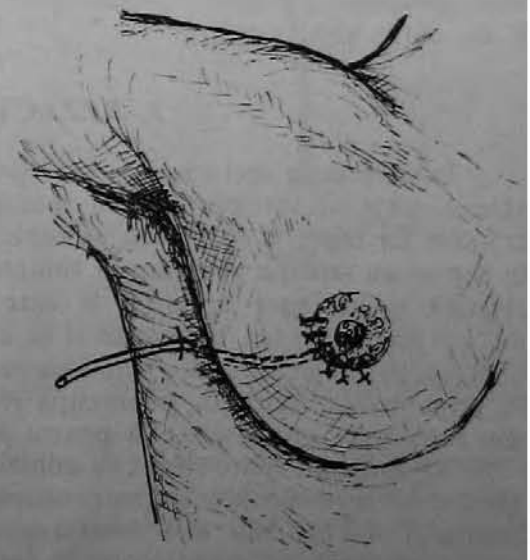


Fig. 824. — Drenaj prin contraincizie.

Cu această tehnică (Haagensen, Atkins), intervenţia este realizabilă dacă sînul este mic. Dacă glanda este voluminoasă, etalată, efectuarea intervenţiei prin incizie periareolară poate fi dificilă şi urmată de intervenţie incompletă (rămîn resturi ale glandei mamare din teritoriul respectiv). In asemenea situaţii, este preferabilă o altă incizie: radială, circumferenţială sau periareolară asociată cu radială (în T).

Hemostaza riguroasă şi drenajul prin contraincizie, cu capătul tubului de dren bine plasat Ia nivelul spaţiului gol, împiedică apariţia hematomului şi a supuraţiei şi previn rezultatul inestetic (fig. 824).

Intervenţia pune mai multe probleme de indicaţie, de diagnostic anatomopatologic şi de urmărire în timp, pentru că:

— mamela sîngerîndă sau secretantă fără tumoare sau cu tumoare mică poate fi şi semnul unui carcinom care impune o intervenţie radicală. Examenul preoperator al secreţiei mamare poate fi edificator (pozitiv pentru carcinom) dar rezultatul negativ nu exclude leziunea malignă. Examenul extemporaneu al piesei este deci obligatoriu;

— la bolnavele cu papilom şi mai ales în papilomul multiplu poate coexista sau poate apărea ulterior (la interval de mai mulţi ani) un carcinom, ceea ce obligă la un examen histopatologic competent şi adoptarea unei terapeutici adecvate dacă se descoperă carcinomul, sau la urmărirea periodică a bolnavei dacă leziunea este benignă;

— în cursul efectuării rezecţiei sectoriale dirijate, se poate constata că mai multe sau toate canalele galactofore au conţinut sanguinolent, ceea ce presupune existenţa unei papilomatoze multiple şi obligă la lărgirea exerezei şi rezecţia mai multor lobi sau la o mastectomie subcutanată; decizia implică o mare responsabilitate avînd în vedere că boala poate apărea la femei tinere şi poate fi bilaterală.

Rezecţia sectorială dirijată este deci o intervenţie ale cărei indicaţii cer o mare competenţă a anatomopatologului şi o judicioasă apreciere a oportunităţii ei de către clinician.

3. REZECŢIA SECTORIALĂ

Prin rezecţie sectorială — nedirijată sau mastectomie parţială — se înţelege ablaţia unui sector din glanda mamară, fără a respecta topografia lobară şi a folosi ca reper canalul sau canalele galactofore (fig. 825). Ea se delimitează în raport cu situaţia şi mărimea tumorii şi este indicată în placarde de mastoză chistică şi în toate tumorile la care examenul clinic, mamografia şi puncţia, nu au putut preciza diagnosticul şi care urmează a fi precizat prin examenul anatomopatologic al piesei. Limitele rezecţiei se stabilesc la distanţă de tumoare, în ţesut mamar sănătos. Intervenţia trebuie să înlocuiască « biopsia chirurgicală, din tumoare», condamnabilă pentru posibilitatea de diseminare neoplazică.

O indicaţie particulară o constituie «tumorectomia» ca metodă de tratament al neoplasmului mamar, asociată cu terapia iradiantă postoperatorie în stadiul I = Tla. NO. MO. (vezi anexă — clasificarea T.N.M.), cu condiţia ca tumoarea să nu fie rapid evolutivă, atitudine introdusă în terapeutică în ultimii ani. Argumentată mai ales de considerente estetice şi biologice (păstrează ganglionii axilari cu rol de barieră imunologică) este concomitent contraargumentată de considerente oncologice: tumoarea mică nu implică evoluţie strict locală, neoplasmul de sîn poate fi multifocal, reţeaua limfatică a sînului poate fi invadată de celule neoplazice, stadiul real rămîne necunoscut, ganglionii axilari nu au rol de barieră imunologică şi, în orice caz, rolul lor biologic este neutralizat de iradiere. în această metodă «tumorectomia» trebuie să fie în realitate o rezecţie sectorială, termenul de «tumorectomie» fiind reţinut doar pentru a sugera atitudinea conservatoare faţă de glanda mamară.

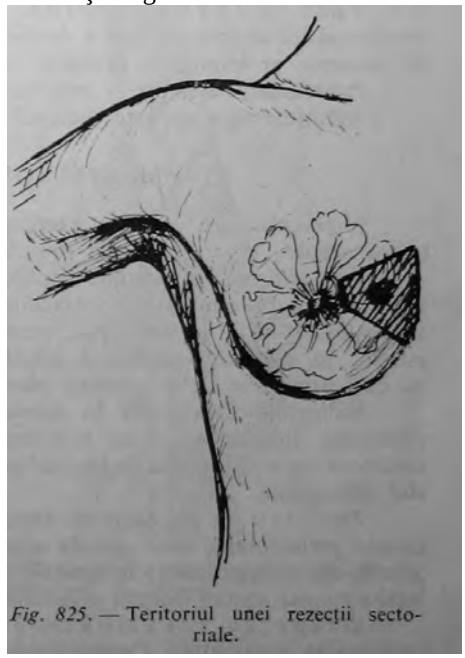


Fig. 825. — Teritoriul unei rezecţii sectoriale.

Unele experienţe clinice consideră că dacă se respectă cu stricteţe indicaţiile metodei (Tla, NO, MO), rezultatele sînt similare cu ale intervenţiei radicale practicate pentru tumori în acelaşi stadiu, cu excepţia recidivelor locale care sînt mai frecvente — experienţa clinică pare în prezent prea limitată pentru a adopta această metodă în practica curentă şi este de preferat ca aplicarea ei să se limiteze la bolnavele care refuză categoric intervenţia mutilantă sau la bolnave cu risc chirurgical foarte mare, şi numai dacă tumoarea se încadrează strict în stadiul amintit.

Rezecţia sectorială este indicată şi în unele forme de supuraţii cronice mamare (vezi capitolul II).

Anestezia generală este necesară.

Incizia se alege în raport cu volumul glandei mamare, localizarea tumorii şi necesitatea rezultatului estetic. Dacă glanda mamară este de volum mic şi este necesar un rezultat estetic, se recurge la incizia periareolară. Dacă .glanda mamară are volum mare, incizia circumferenţială este mai indicată, iar în tumorile situate în jumătatea inferioară a glandei se poate folosi incizia submamară sau latero-submamară. în tumorile periferice şi mai ales în cele situate în prelungirea axilară sau cînd nu se urmăreşte un rezultat estetic sau -dacă rezecţia se practică pentru tumori la care natura malignă este evidentă dar nu s-a putut obţine preoperator confirmarea histologică şi deci rezecţia sectorială are un scop bioptic şi va fi urmată probabil de intervenţie radicală, se preferă incizia radială.

După incizie, prin disecţia tegumentelor, se delimitează suprafaţa superficială a teritoriului care va fi extirpat şi disecţia — secţionînd ligamentul Cooper— se extinde de la areolă pînă la marginea periferică a glandei. Este preferabil ca odată marginea glandei reperată şi izolată, să se pătrundă retromamrr în spaţiul de decolare, eliberînd teritoriul şi posterior. *Excizia ţesutului mamar* se face deci, ambele suprafeţe fiind eliberate. Se secţionează în plin ţesut mamar la aproximativ 3 cm de tumoare, excizînd un « sector» triunghiular cu baza la marginea periferică a glandei, delimitat în funcţie de leziune, fără a ţine seama de lobulaţia glandei. Dacă marginea periferică a glandei nu poate fi identificată de la început, ceea ce este posibil mai ales cînd se foloseşte incizia periareolară, se recurge la secţiunea glandei după disecţia tegumentelor, planul profund de decolare fiind abordat ulterior. Desfăşurarea intervenţiei este mai puţin tipică, clnd tumoarea este centrală.

Hemostaza vaselor din planurile de secţiune ale glandei mamare se face prin pensare şi ligatură, coagulare sau cu fir transfixiant dacă glanda este scleroasă.

Drenajul cu tub plasat in spaţiul restant, prin contraincizie şi decliv, este obligatoriu.

Sutura tegumentelor. Sutura de apropiere a suprafeţelor glandei mamare după excizie, pentru a desfiinţa cavitatea, poate fi urmată de un rezultat inestetic şi împiedică drenajul eficient.

Pansamentul compresiv este util.

Antibioterapia nu este indicată.

4. MASTECTOMIA SUBCUTANATĂ

Intervenţia are ca scop exereză în totalitate a glandei mamare, cu păstrarea areolei, tegumentelor şi muşchiului marelui pectoral.

Este *indicată* în leziunile benigne care cuprind glanda în întregime: mas- toze chistice, papilomatoză intracanaliculară, boală fibroasă, unele forme de supuraţie cronică. în principiu, rezultatul este mai bun din punct de vedere estetic; în realitate, rezultatul estetic este adesea discutabil dacă intervenţia nu este urmată şi de o operaţie plastică.

Indicaţiile intervenţiei în carcinomul de sîn stadiul I = Tla, NO, MO (înlocuind mastectomia sau tumorectomia) ca şi indicaţiile ei în formele de carcinom cu evoluţie mai puţin malignă (carcinom intraductal, carcinom papilar) sînt discutabile.

Incizia se va alege în raport cu volumul glandei — poate fi folosită incizia periaerolară, dacă glanda are volum mic sau incizia submamară dacă glanda are volum mare; în această situaţie ea va fi largă, eventual prelungită latero-mamar extern pentru a permite şi ablaţia prelungirii axilare.

Disecţia tegumentelor de pe suprafaţa externă a glandei, prin secţionarea ligamentului Cooper, se face păstrînd cît mai mult ţesut subcutanat, păstrînd areola şi mamelonul cu cît mai mult ţesut subareolar (fig. 826). Disecţia tegumentelor se extinde pînă la periferia glandei. Se pătrunde apoi în spaţiul de decolare retromamar şi se urmăreşte decolarea pînă la periferia glandei, identificîndu-se aceasta, cu atenţie la neregularităţile de contur; în resturile glandei neextirpate poate evolua afecţiunea pentru care s-a intervenit, sau se poate dezvolta un carcinom. Glanda este detaşată circumferenţial de ţesutul subcutanat. Intervenţia efectuîndu-se pentru leziuni benigne şi urmărind un obiectiv estetic, izolarea glandei se face fără a sacrifica şi ţesutul gras adiacent.

Hemostaza se practică şi la timpul de eliberare al suprafeţei externe (pentru vase care abordează glanda pe această suprafaţă) şi la decolarea retromamară (pentru vasele perforante).

Drenajul decliv, de preferinţă aspirativ în primele zile, mai ales la sinul voluminos şi pansamentul compresiv, este necesar. Se poate recurge şi la meşaj pentru modelarea sînului.

Antibioterapia nu este necesară, cu excepţia cazurilor în care s-a folosit meşaj, sau intervenţia a fost făcută pentru supuraţii cronice.

Avînd în vedere rezultatul, în realitate inestetic, intervenţiile plastice, de modelare a sînului prin plastia de tegumente, muşchi, ţesut grăsos, epiploon sau proteză de material plastic, sînt indicate în aceaşi şedinţă operatorie sau într-un al doilea timp (Chiricuţă).

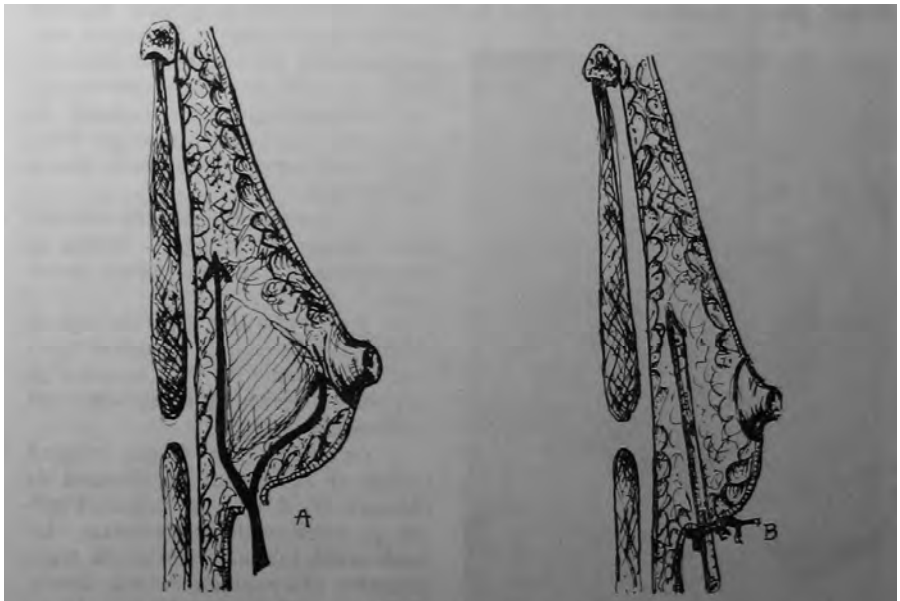


Fig. 826. — A — Planul de disecţie al tegumentelor şi de decolare a glandei mamare în mastectomia subcutanată prin incizie submamară. *B* — Drenajul.

5. MASTECTOMU

Intervenţia are ca obiectiv extirparea tumorii şi glandei mamare în bloc, cu tegumentele adiacente şi ţesutul subcutanat regional.

Indicaţia o constituie carcinomul mamar în stadiul III, cu tumori mari, cu troficitatea tegumentelor compromisă, ulceraţii (fig. 827), infecţii, hemoragii secundare (T4b), deci stadii la care intervenţiile de tip radical nu mai sînt indicate. Intervenţia este paliativă «de curăţire», dar îndepărtarea tumorii şi a masei neoplazice deschide perspective pentru tratamentele asociate (iradiere, chimioimunoterapie) şi uneori se obţin supravieţuiri apreciabile în raport cu stadiul. Aceste rezultate se constată mai ales în stadiile III, T4b, T4c cu NO, MO sau NI, MO, la care evoluţia neoplasmului apare predominant local, cel puţin pentru o perioadă de timp.

A fost propusă şi ca tratament curativ în neoplasmul de sîn în stadiile I şi II în asociaţie cu terapia iradiantă pre- şi postoperatorie (Mc.Whirter), metodă terapeutică care astăzi are mai puţini adepţi, dar care este încă utilă ia bolnave cu risc chirurgical mare.

Indicaţia ei în unele forme de neoplasm al glandei mamare, care se consideră că au o evoluţie mai puţin agresivă (carcinom papilar, carcinom intra- ductal) este discutabilă.

Intervenţia este indicată şi în tumori benigne de dimensiuni insolite care distrug glanda mamară, compromit troficitatea tegumentelor şi dau ulceraţii (tumoarea philodes) şi în tumori nee- piteliale care nu beneficiază de intervenţii cu caracter radical (sarcoame).

Fig. 827. — Voluminos carcinom mamar ulcerat.

Mamectomia este indicată în supuraţiile cronice, cu multiple fistu- lizări, dacă supuraţia cuprinde glanda în totalitate.

In general, intervenţia adresîn- du-se tumorilor maligne, trebuie să îndeplinească anumite cerinţe oncologice.

Poziţia pe masa de operaţie: decubit dorsal, cu membrul superior în abducţie la 90°, susţinut pe un suport de perfuzie la acelaşi nivel cu toracele.

Incizia de formă ovalară trebuie să se situeze la distanţă de tumoare (5—6 cm), să cuprindă are- ola şi tegumentele periareolare, iar dacă există tulburări trofice ale tegumentelor, să contureze zona la distanţă în ţesut sănătos, indiferent de suprafaţa tegumentelor sacrificate (fig. 828). Disecţia tegumentelor, cu un strat subcutanat cît mai redus pînă la limitele periferice ale glandei (fig. 802).

La limita internă a disecţiei lamboului intern al tegumentelor, se incizează perpendicular pe torace ţesutul subcutanat şi fascia muşchiului mare pectoral, la distanţă de limitele glandei (fig. 829). Se desprinde glanda cu fascia muşchiului mare pectoral de pe suprafaţa muşchiului, iar lateral se separă piesa de suprafaţa muşchiului serratus anterior (fig. 830). Rezecţia fasciei se impune din cauza reţelei limfatice care o străbate şi din cauza prelungirilor glandei în fascie (fig. 831).

Hemostaza riguroasă, mai ales a vaselor care abordează glanda profund, previne hematomul şi supuraţiile.

în formele cu invazia muşchiului pectoral se poate rezeca şi o parte din muşchi.

Drenajul cu tuburi este obligatoriu şi drenajul aspiraţiv util.

Cînd tumoarea este foarte mare, ulcerată, tegumentele infiltrate, rezecţia întinsă a tegumentelor poate avea drept consecinţă imposibilitatea suturii. Se recurge la mobilizarea suplimentară a tegumentelor sau la mobilizarea unui lambou de tegumente sau la grefajul secundar — grefajul în aceeaşi şedinţă se poate compromite din cauza mediului septic (vezi pag. 1087).

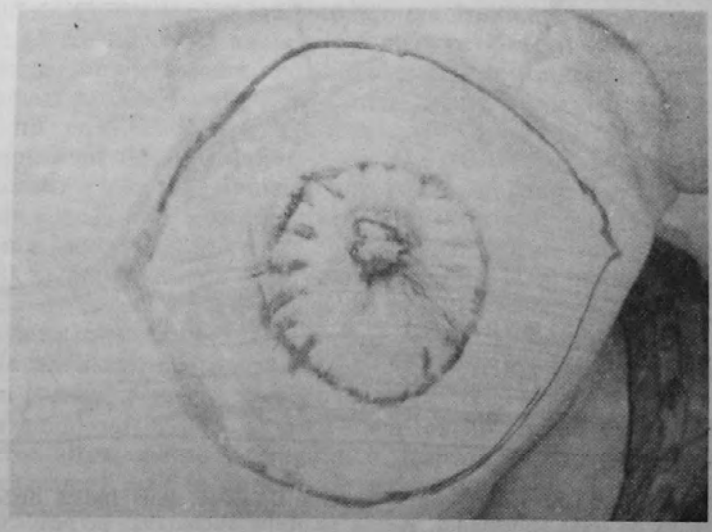


Fig. 828. — Incizie pentru mastectomie. Neoplasm ulcerat; zona haşurată infiltrată şi cu metastaze tegumentare.

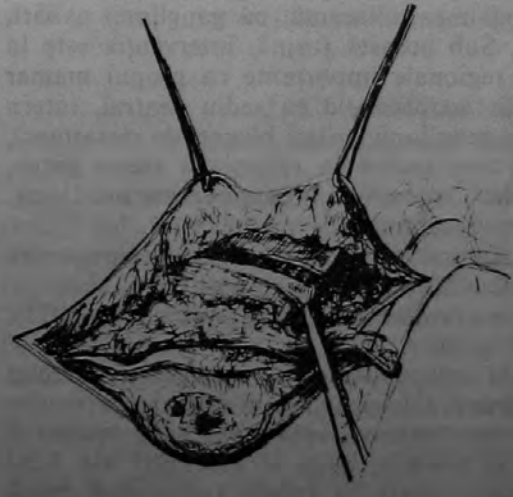


Fig. 829. — Incizia fasciei muşchiului mare pectoral.

Fig. 830. — Decolarea glandei cu fascia musculară.

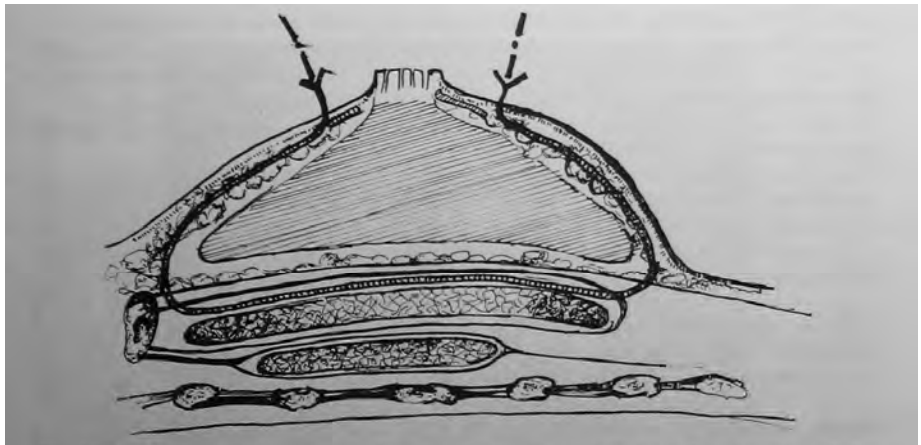


Fig. 831. — Mastectomia pentru neoplasm — schema disecţiei: linia indică disecţia tegumentelor cu strat redus de ţesut subcutanat, incizia ţesutului subcutanat perpendicular pe torace şi incizia fasciei musculare la limita zonei de disecţie a tegumentelor.

E. INTERVENŢII RADICALE (LOCO-REGIONALE)

1. GENERALITĂŢI

Intervenţiile radicale au ca obiectiv extirparea sînului concomitent cu teritoriul limfatic aferent, regional, ceea ce impune extirparea glandei mamare în totalitate şi în bloc cu tegumentele şi grăsimea adiacentă, cu ganglionii axilari, *cu* sau fără ablaţia muşchilor pectorali. Sub această formă, intervenţia este în realitate incompletă, neincluzînd staţii regionale importante ca grupul mamar intern (sediul frecvent al metastazelor în neoplasmele cu sediu central, intern sau submamar şi în neoplasmele care au ganglionii axilari blocaţi de metastaze), •sau grupul supraclavicular. Intervenţiile care includ în rezecţie şi aceste grupe, numite şi supraradicale, nu au oferit, global, un coeficient de vindecare ameliorat, motiv pentru care nu s-au menţinut în practica curentă.

Intervenţiile radicale se adresează carcinoamelor de sîn, forme comune sau particulare (boală Paget, carcinom intracanalicular etc.)

Indicaţiile se stabilesc în raport cu clasificarea T.N.M. (vezi pag. 1073), indicaţia majoră constituind-o stadiul I şi II.

Deşi « radicale», intervenţiile nu sînt independente de complexul terapeutic *CQ* se poate institui astăzi în neoplasm în general şi în neoplasmul de sîn în particular {terapia iradiantă, hormono-, chimio- sau imunoterapia). Dacă în stadiul I {Tla, NO, MO) intervenţia chirurgicală, la anumite vîrste şi localizări ale neoplasmului în glanda mamară poate fi considerată ca soluţie terapeutică unică şi intervenţia nu este în mod obligatoriu precedată sau urmată de terapie iradiantă, în toate cazurile cu adenopatie axilară (N-f-), în cazurile în care tumoarea a avut o evoluţie rapidă*, în cazurile în care tumoarea este localizată central, intern sau în şanţul submamar, este indicată terapia iradiantă preoperatorie, aceasta vizînd, pe lîngă efectul direct asupra tumorii, şi controlul eventualelor metastaze din ganglionii regionali care sînt abordabili prin intervenţia chirurgicală (supracla- viculari, mamari interni); terapia iradiantă reduce procentul de recidive locale, chiar dacă nu modifică supravieţuirea.

în neoplasmul de sîn stadiul I sau II, NO, la care examenul histologic al piesei operatorii pune în evidenţă metastaze în ganglionii axilari (pN+), se impune terapia iradiantă postoperatorie. Indicaţia are valoare de principiu, dar ea poate fi mai nuanţată: în cazuri cu metastaze în unu sau doi ganglioni periferici în axilă şi metastaze mici (vezi clasificare pTNM), terapia nu este obligatorie, pe cînd în cazuri cu metastaze în ganglionii centrali sau subclaviculari, sau cu metastaze importante, chiar dacă numărul ganglionilor cu metastaze este redus, terapia iradiantă postoperatorie este indicată. Ea este indicată şi în cazurile de tumori cu localizări cu risc crescut (centrale, interne) chiar dacă nu s-au găsit metastaze în ganglionii axilari, şi dacă nu a fost instituită preoperator.

Asocierea altor metode terapeutice (hormonoterapia, inclusiv castrarea, chimioimunoterapia) este în funcţie de vîrsta bolnavei, de caracterul evolutiv al tumorii, de caracterul histopatologic etc.

O particularitate a indicaţiei o constituie neoplasmul în stadiul III la care, în principiu, intervenţia locoregională nu este indicată. Şi în acest grup, indicaţiile pot fi mai nuanţate. în complexul terapeutic, intervenţia radicală poate fi utilă în stadiul lila sau în forme în care prin iradiere s-a obţinut o conversiune importantă a tumorii şi adenopatiei.

în ceea ce priveşte indicaţiile intervenţiilor radicale în tumorile neepiteliale (sarcoame), ea este rezervată şi în general nu este acceptată, cu excepţia limfo- mului malign, mastectomia simplă şi tratamentele asociate fiind considerate mai adecvate.

în cistosarcomul philodes, indicaţia intervenţiei radicale este discutabilă şi în general intervenţiile cu caracter local sînt suficiente.

2. CLASIFICAREA STADIALĂ TNM (Uniunea Internaţională Contra Cancerului — U.I.C.C.)

Clasificarea stadială defineşte stadiul carcinoamelor confirmate histologic (nu se aplică la alte tumori maligne), apreciind tumoarea (T), metastazele ganglionare regionale (N) şi metastazele la distanţă (M) prin datele clinice sau radiologice (ultimele — de exemplu: mamografie — nu sînt obligatorii).

Situaţia topografică a tumorii de sîn trebuie notată, deşi nu este inclusă în clasificare.

Dacă bolnavul prezintă tumori multiple (exemplu: tumoare bilaterală), se stadializează în raport cu tumoarea cea mai mare.

Clasificarea curentă TNM se poate completa cu unele date care au simboluri proprii:

— după tratament chirurgical şi examen histopatologic al piesei, tumoare şi ganglioni, se poate reconsidera clasificarea; în acest caz simbolul «p» precede TNM (p — postchirurgicală); dacă intervenţia a fost precedată de o altă metodă terapeutică (de exemplu: iradiere), se introduce simbolul «y» (yp TNM);

— în clasificarea recurenţelor postterapeutice, simbolul «r» precedă simbolurile TNM;

—-dacă elementele clinice nu permit o apreciere satisfăcătoare a datelor, se introduce simbolul «X» (de exemplu: Tla, XN, MO);

— rezultatele examenului histologic se pot introduce în clasificare, notîndu-se cu simbolul « G» care permite şi o apreciere a gradului de malignitate histologică:

Gl — grad mare de diferenţiere;

G2 — grad mediu de diferenţiere;

G3 — grad mic de diferenţiere;

GK Uf gradul de diferenţiere nu poate fi apreciat.

Simbolurile TNM

T tumoare primară T0 = absenţa tumorii

TI = tumoare cu diametrul mare de maximum 2 cm Tla — fără fixare la fascia sau muşchiul pectoral Tlb — cu fixare la fascia sau muşchiul pectoral T2 = tumoare cu diametrul mare între 2 şi 5 cm

T2a — | în raport cu absenţa sau prezenţa fixării la fascia T2b — | sau muşchiul pectoral (similar cu TI) T3 — tumoare cu diametrul mare peste 5 cm

T3a — I în raport cu absenţa sau prezenţa fixării la fascia T3b — (sau muşchiul pectoral. T4 = tumoare cu extensie la peretele toracic (coaste, muşchiul intercostal, serratus anterior) sau la piele

T4a — cu fixare la peretele toracic

T4b — cu edem, infiltraţie sau ulceraţie a pielii sînului (inclusiv piele cu aspect de coajă de portocală) sau cu noduli metastatici în pielea aceluiaşi sîn T4c — cu caractere comune T4a şi T4b.

Completări:

a) cu simbol « Tis» — se notează carcinomul preinvaziv (carcinom in situ), carcinomul intraductal neinfiltrativ şi boala Paget fără tumoare; boala Paget cu tumoare se clasifică în raport cu datele curente;

b) retracţia mamelonului sau a pielii, sau alte modificări ale pielii, care nu sînt cuprinse în T4b nu modifică clasificarea;

c) mastita carcinomatoasă acută — nu se clasifică. N 9 defineşte starea ganglionilor regionali

NO — nu se palpează ganglioni în axila homolaterală NI — ganglioni axilari homolaterali palpabili, mobili

Nla — cu caracter clinic care permite să se aprecieze că nu au metastaze Nlb — cu caracter clinic care permite să se aprecieze că au metastaze N2 — ganglioni axilari homolaterali fixaţi între ei sau la formaţiuni anatomice vecine

şi care clinic au caracter metastatic N3 9 ganglioni infra- sau supraclaviculari palpabili cu caracter clinic care sugerează metastaze, sau cu edem al braţului.

M ~ metastaze la distanţă

MO — nu sînt metastaze la distantă

Ml — metastaze la distantă (care se notează: pulmonare, osoase etc.)

Clasificare stadiala preterapeutlcă

	- Tla, Tib. ...	.....	NO. Nla	..... MO
Stadiul //.	- Tla, Tib. .. .	.....	Nlb.....	MO
	T2a, T2b. ...	.....	NO. Nla	MO
	T2a, T2b. ...	.....	Nlb.....	MO
	- T3a, T3b. ...	.....	NO. NI.....	MO
Stadiul lll.b.	Tla.b. T2a,b. -T3a,b	.....	N2.....	..... MO.
	Tla.b. T2a,b. T3a,b	.....	N3.....	..... MO.
				MO
Stadiul IV.	— oricare T. ...	.....	oricare N.....	

Clasificare stadială postterapeutică (p TNM)

După intervenţie chirurgicală şi control histologic al piesei, clasificarea se conpletează cu o serie de date obţinute prin examen macro- şi microscopic.

De exemplu: la Tla şi Tib se introduc detalii mai precise privind mărimea tumorii care, în aceste condiţii, poate fi determinată exact şi notată, adăugîndu-se la simboluri:

(i) — tumoare pînă la 0,5 cm.

(ii) — tumoare între 0,5—1 cm.

(iii) — tumoare între 1—2 cm.

tn ceea ce priveşte simbolul «NI», are, în aceste condiţii, mai multe subdiviziuni:

Nla. — micrometastaze pînă la 0,2 cm.

Nîb. — metastaze mari

(i) — metastaze între 0,2 cm şi 2 cm în 1 pînă la 3 ganglioni

(ii) — metastaze între 0,2 cm şi 2 cm în 4 sau mai mulţi ganglioni
(iii) — metastaze mai mici de 2 cm dar cu extensie care depăşeşte capsula ganglionilor
(iv) — metastaze care depăşesc 2 cm.

3. MASTECTOMIA RADICALĂ TIP HALSTED

Poziţia pe masa de operaţie are ca scop expunerea regiunii toracice anterioare respective şi a regiunii axilare: decubit dorsal, capul rotat pe partea opusă, membrul superior în abducţie sprijinit pe suportul pentru perfuzie şi situat la nivelul toracelui şi un sul plasat sub articulaţia umărului şi faţa posterioară a hemitoracelui respectiv, care rotează şi proiectează anterior umărul şi hemitoracele (fig. 832). Poziţia membrului superior şi a umărului nu trebuie forţate (abducţia şi extensia membrului superior excesive prin poziţionarea membrului superior sub nivelul toracelui sau ridicarea excesivă a umărului pe sul), în primul rînd pentru că nu este necesară o deschidere excesivă a regiunii axilare în care se pătrunde printr-un acces larg anterior şi nu lateral şi, în al doilea rînd, pentru a evita complicaţiile secundare elongaţiei nervilor plexului brahial.

Anestezia generală cu intubaţie se impune.

Delimitarea cîmpului operator: cîmpurile chirurgicale nu se fixează în vecinătatea viitoarei incizii a pielii ci se fixează la distanţă delimitînd un cîmp chirurgical larg. Se plasează deci: intern pe linia mediană a sternului, extern la unirea 1/3 superioare şi 1/3 medii 1 braţului şi pe linia axilară posterioară, cranial la marginea superioară a claviculei şi pe faţa anterioară a umărului, inferior Ia nivelul rebordului costal.

Incizia curentă are direcţie verticală (fig. 833). Partea centrală a inciziei circumscrie sînul şi tumorarea şi se trasează în raport cu următoarele date:

a) incizia va trece la 3—4 laturi de deget de marginile palpabile ale tumorii (5-7 cm);

b) indiferent unde este situată tumoarea (de exemplu: periferic la un sîn de volum mare sau în prelungirea axilară), incizia va circumscrie, în orice caz, şi regiunea areolară şi periareolară, care este un teritoriu limfatic foarte bogat;

c) incizia va ţine seamă în primul rînd de cerinţele oncologice şi nu se va restrînge teritoriul circumscris pentru a reduce sacrificiul tegumentar şi a obţine condiţii bune de sutură a pielii; pentru completarea defectelor de piele există soluţii (vezi: sutura, pag. 1085). De aceea, chiar la sînul de dimensiuni reduse şi care prezintă o tumoare periferică, circumscrierea sînului şi tumorii se vor face conform indicaţiilor de mai sus, chiar dacă este evident de la început că sutura pielii va prezenta zona de incompetenţă (fig. 834 A, B, C).

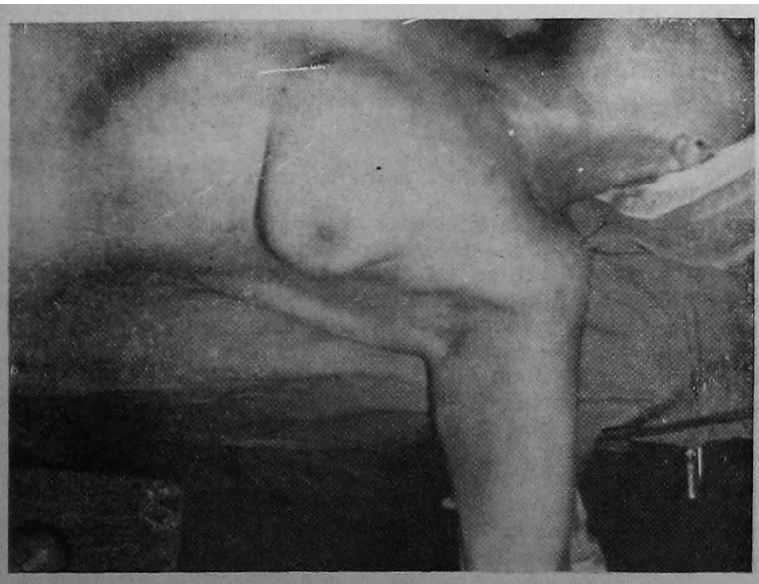


Fig. 832. — Poziţia pe masa de operaţie.

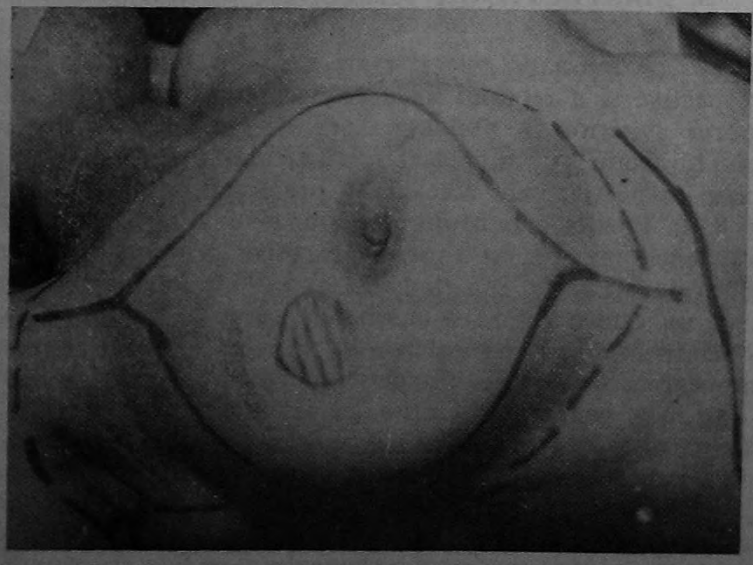


Fig. 833. — Incizia verticală pentru tumoarea supero-externă; linia întreruptă delimitează teritoriul de disecţie al tegumentelor şi de rezecţie a ţesutului subcutanat.

Segmentul cranial al inciziei urmăreşte marginea externă a marelui pectoral, dar se situează intern faţă de ea sau, mai avantajos, se îndreaptă spre unirea 1/3 externe cu 1/3 medie a claviculei; o incizie plasată prea mult spre axilă va fi urmată de o cicatrice retractilă în regiunea axilară şi limitarea mişcărilor, durere, edem al membrului superior.

Cînd glanda mamară este voluminoasă şi toracele scurt şi dacă ea se extinde spre rebord şi acoperă în întregime muşchiul pectoral, pentru a putea extirpa glanda mamară în totalitate, segmentul caudal vertical al inciziei se prelungeşte pînă aproape de rebordul cortal. Trecerea de la zona medie a inciziei spre segmentul caudal se face sub un unghi ascuţit; dacă nu se respectă acest amănunt, în zona respectivă, la sutură, se va forma un pliu disgraţios al pielii.

Incizia va interesa pielea şi un strat cît mai redus de ţesut subcutanat (4—6 mm); nu se urmăreşte aprofundarea inciziei pînă la glanda mamară sau muşchi pentru că unul din scopurile intervenţiei este să evideze ţesutul subcutanat al regiunii mamare pe o arie foarte largă, aceasta conţinînd colectoarele limfatice şi ganglionul prepectoral.

Pentru a realiza acest obiectiv, după incizie, *se disecă pielea* cu un strat cît mai redus de ţesut subcutanat (fig. 835). Se începe de preferinţă cu lamboul intern şi se extinde disecţia pielii de la marginea externă a tendonului marelui pectoral, la marginea inferioară a claviculei, marginea externă a sternului sau chiar pînă la linia mediană, dacă glanda mamară este mai extinsă intern şi se îndreaptă spre unghiul inferior al inciziei. Disecţia lamboului sub această formă nu expune la riscul necrozei de piele. Ea trebuie făcută cu o hemostază îngrijită şi este mai dificilă în zona corespunzătoare ariei glandei mamare din cauza ligamentului Cooper. La limita ariei de disecţie a pielii, se incizează ţesutul subcutanat perpendicular pe planul profund, urmînd o linie de la marginea externă a tendonului marelui pectoral pe suprafaţa muşchiului, sub claviculă, la marginea sternului, şi pe peretele toracic antero-inferior, format de marele pectoral şi teaca dreptului abdominal, pînă la extremitatea inferioară a inciziei, proiectîndu-se pe linia de inserţie a marelui pectoral.

Cînd glanda este foarte extinsă inferior spre rebordul costal şi acoperă în totalitate marele pectoral şi incizia a fost condusă pînă aproape de rebord, secţiunea ţesutului subcutanat se proiectează pe teaca dreptului şi oblicului mare.

Disecţia şi mobilizarea lamboului extern al pielii se face după aceeaşi tehnică, începînd de preferinţă în zona medie a inciziei pînă la marginea muşchiului latis- simus. Avînd marginea muşchiului ca reper, disecţia se continuă cranial pînă la baza axilei, iar caudal se va îndrepta spre extremitatea inferioară a inciziei la rebordul costal. în segmentul cranial al inciziei, disecţia pielii şi incizia ţesutului subcutanat trebuie să urmărească şi o evidenţiere parţială a tendonului muşchiului mare pectoral pentru a pregăti secţiunea tendonului. Odată limita disecţiei tegumentelor terminată, se incizează ţesutul subcutanat de la baza axilei la rebordul costal, perpendicular pe peretele toracic format de serratus şi marele oblic, descoperind inserţiile marelui pectoral.

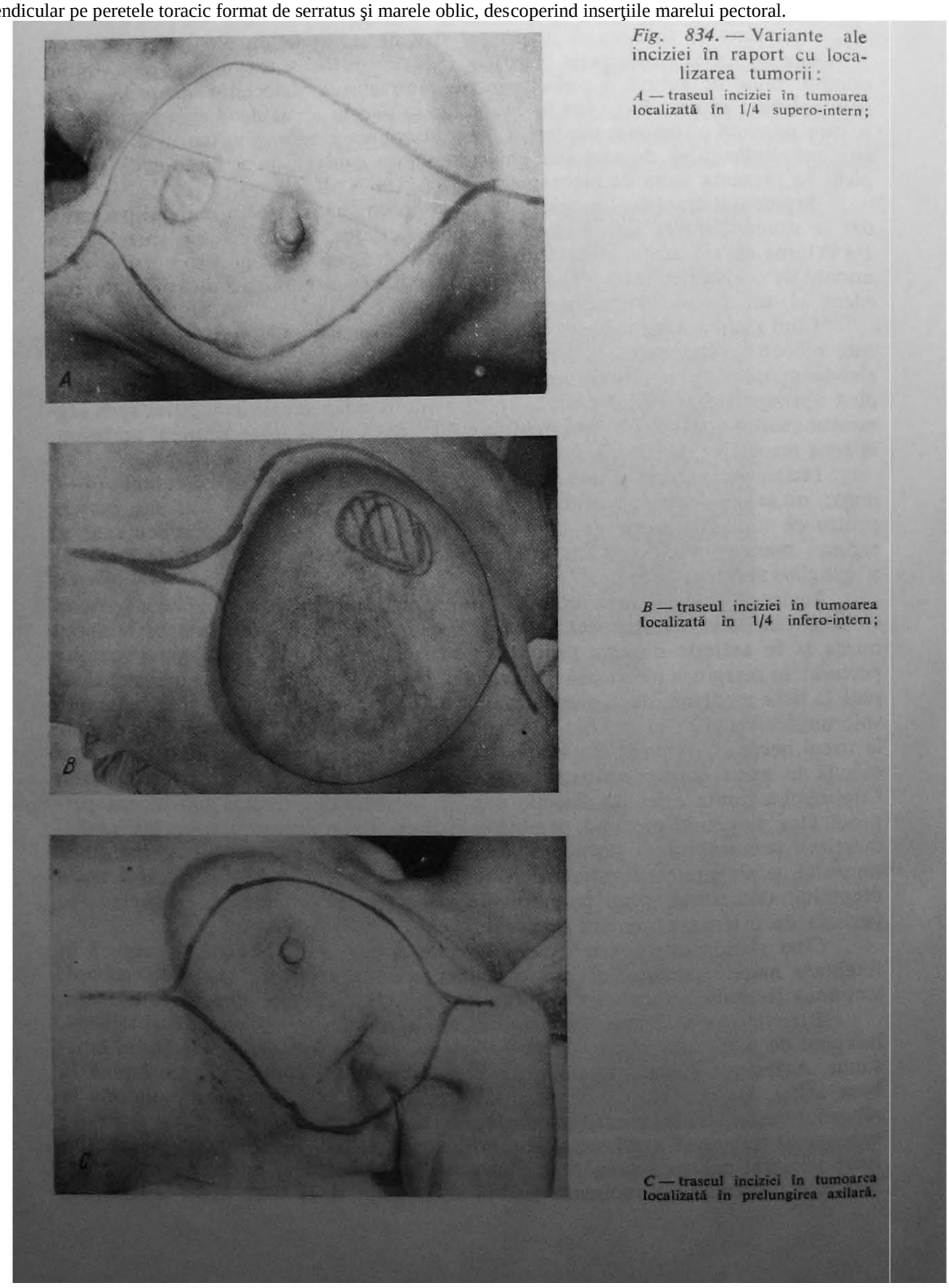


Fig. 834. — Variante ale inciziei în raport cu localizarea tumorii:

A — traseul inciziei în tumoarea localizată în 1/4 supero-intern;

B — traseul inciziei în tumoarea localizată în 1/4 infero-intern;

C — traseul inciziei în tumoarea localizată în prelungirea axilară.

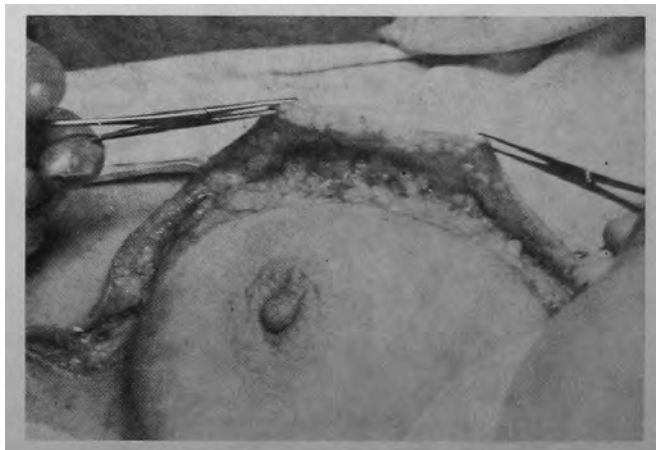


Fig. 835. — Disecţia pielii cu strat de grăsime redus.

O atenţie deosebită trebuie acordată disecţiei pielii la nivelul bazei axilei în spaţiul dintre marginea externă a tendonului marelui pectoral şi extremitatea cranială a tendonului muşchiului latissimus, pentru că se întîlnesc elementele axului vasculo-nervos axilar şi în primul rînd vena, acoperită de ligamentul axilar (fig. 836). Disecţia şi dezinserţia ligamentului de tegumente pot fi conduse pînă la descoperirea acestor elemente, dar ca măsură de prudenţă, pot fi întrerupte cînd se ajunge la ligamentul axilar, urmînd a fi completate ulterior la timpul de disecţie al axilei.

în timpul operator desfăşurat, s-au obţinut: pregătirea şi mobilizarea necesară a pielii pentru sutura ulterioară, delimitarea teritoriului format din piele, glandă mamară, ţesut subcutanat cu reţeaua limfatică şi ganglionul prepectoral, care trebuie extirpate şi pregătirea cîmpului necesar extirpării marelui pectoral şi a lanţului ganglionar scapular.

Dacă sînul este mic şi apare de la început evident că pielea nu va putea fi satisfăcător apropiată şi suturată, eliberarea pielii poate fi extinsă atît intern, pînă la marginea controlaterală a sternului, cît şi extern, pe planul superficial al muşchiului latissimus.

în timpii următori, se pregăteşte accesul spre spaţiul axilar. Aceasta începe cu *secţiunea tendonului marelui pectoral* şi dezinserţia lui de pe claviculă şi primele coaste. în primul rînd, trebuie incizată fascia marelui pectoral, începînd de la marginea laterală a tendonului, pe suprafaţa lui anterioară aproape de inserţie, apoi pe suprafaţa anterioară a muşchiului sub claviculă, şi în continuare vertical pe marginea sternului pînă la spaţiul II—III intercostal. Izolînd tendonul marelui pectoral cu un deget introdus pe faţa posterioară, se identifică spaţiul delto- pectoral, folosind de obicei ca reper vena cefalică şi delimitîndu-se tendonul, se secţionează cît mai aproape de inserţia lui controlînd hemostaza; secţiunea ten- donului la distanţă de inserţie lasă un bont de muşchi care deformează cicatricea (fig. 837). Folosind ca tractor capătul distal al tendonului cu indexul introdus sub muşchi, se procedează la secţiunea inserţiilor pectoralului pe claviculă şi primele două spaţii intercostale. Tracţiunea pe muşchiul pectoral şi decolarea cu degetul pe faţa lui profundă trebuie făcute cu atenţie pentru a nu smulge sau rupe ramurile pectorale ale trunchiului acromiotoracic de pe faţa profundă a pectoralului.

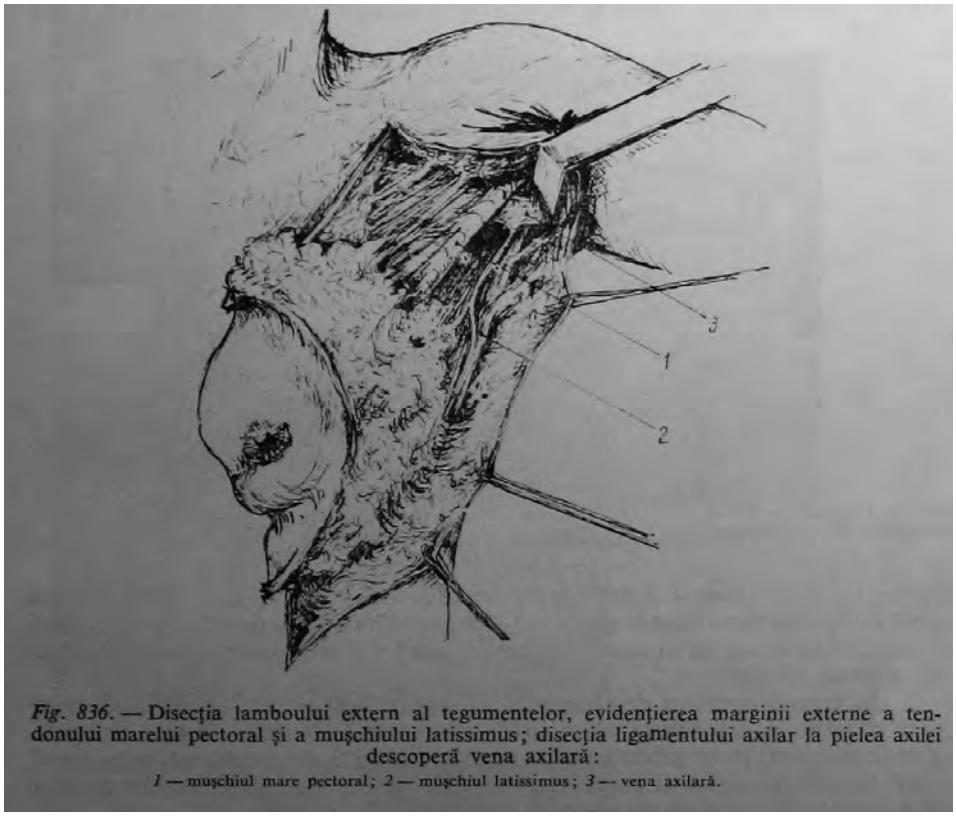


Fig. 836. — Disecţia lamboului extern al tegumentelor, evidenţierea marginii externe a tendonului marelui pectoral şi a muşchiului latissimus; disecţia ligamentului axilar la pielea axilei descoperă vena axilară:
1 — muşchiul mare pectoral; *2* — muşchiul latissimus; *3* — vena axilară.

Conservarea venei cefalice, în cursul acestui timp, este recomandabilă deşi în eventualitatea unei tromboze a venei axilare este puţin probabil că vena cefalică ar putea asigura o compensare a circulaţiei venoase şi ar împiedica apariţia edemului.

Unele tehnici recomandă conservarea fasciculului clavicular al marelui pectoral.

Al doilea plan de acces (fig. 838) spre spaţiul axilar care trebuie rezolvat, este format de micul pectoral şi fascia clavi-pectoro-axilară (numită şi fascia clavipectorală, sau costocoracoidă, sau clavicoracoaxilară). *Se incizează fascia* de la inserţia ei coracobrahială la claviculă, se identifică şi *se izolează tendonul micului pectoral şi se secţionează* cît mai aproape de inserţia lui coracoidă, controlînd hemostaza.

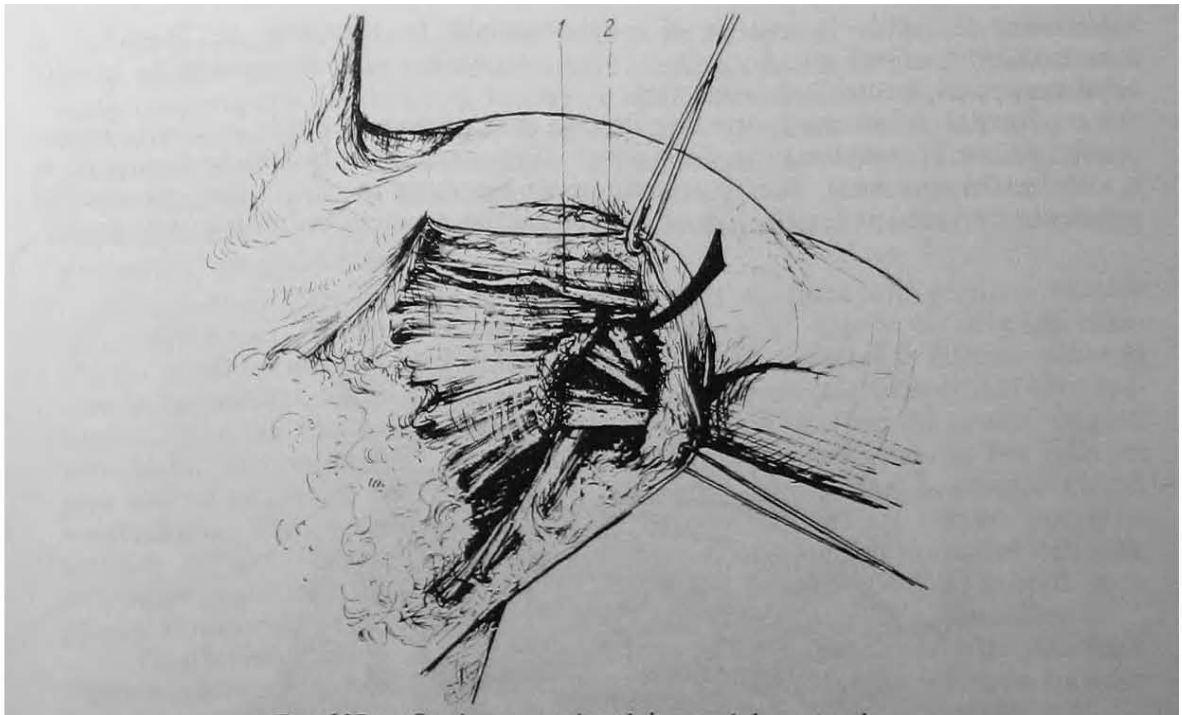


Fig. 837. — Secţiunea tendonului marelui pectoral:
1 — vena cefalică; *2*— muşchiul deltoid.

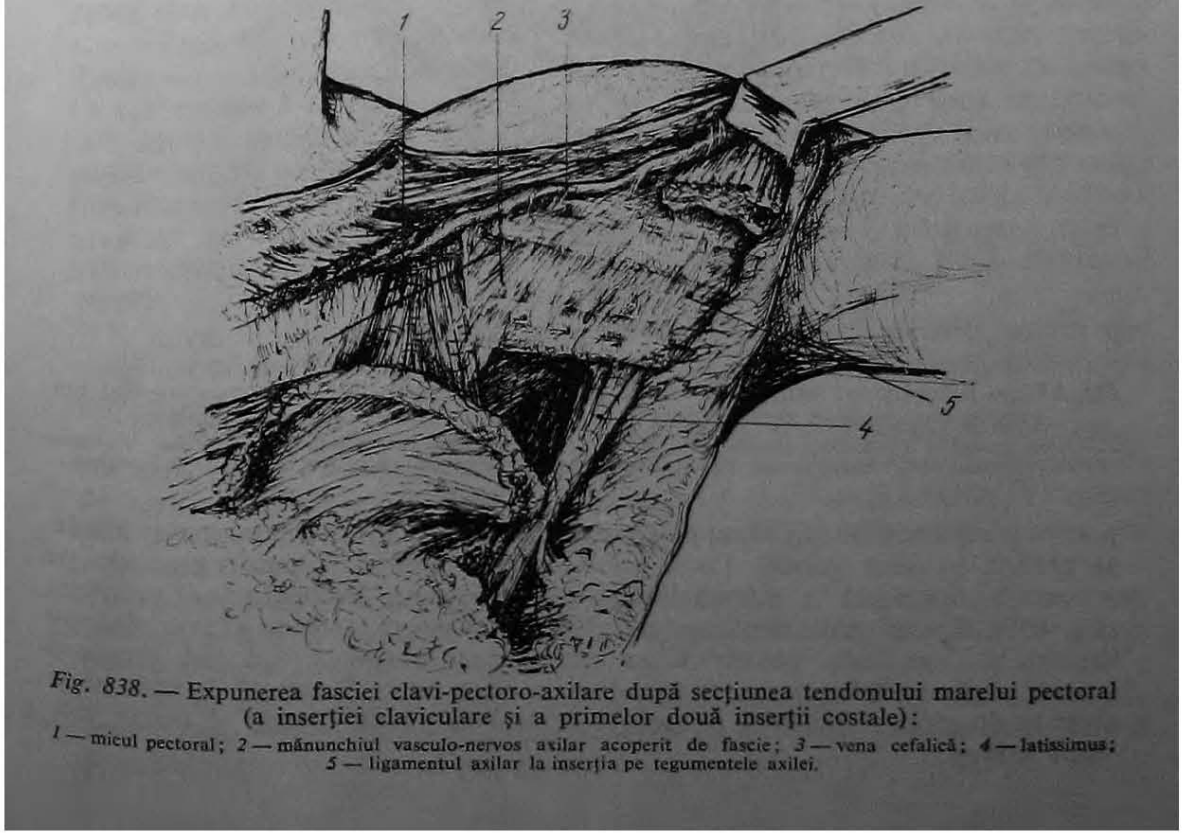


Fig. 838. — Expunerea fasciei clavi-pectoro-axilare după secţiunea tendonului marelui pectoral (a inserţiei claviculare şi a primelor două inserţii costale):
1 — micul pectoral; *2* — mănunchiul vasculo-nervos axilar acoperit de fascie; *3* — vena cefalică; *4* — latissimus; *5* — ligamentul axilar la inserţia pe tegumentele axilei.

Spaţiul axilar este foarte larg deschis şi se poate proceda la *evidarea conţinutului grăsos şi ganglionar axilar* într-un bloc unic, începînd de preferinţă de la vîrful axilei spre bază. Pentru aceasta, se va descoperi în primul rînd mănunchiul vasculo-nervos al

axilei. Exercitînd o tracţiune pe capetele distale ale pectoralilor, pentru a expune bine regiunea, cu foarfeca şi tampon montat, prin gesturi blînde, se reclină în sens caudal fascia clavipectoroaxilară şi ţesutul gras de pe suprafaţa anterioară a mănunchiului vasculonervos, descoperindu-1 progresiv (fig. 839). Trunchiurile nervoase, ca dealtfel şi artera, trebuie văzute dar nu disecate şi identificate, pentru că nu este necesar oncologic (nu sînt ganglioni plasaţi pe elementele nervoase) şi o disecţie a lor poate fi urmată de scleroză şi sechele dureroase. Singurul element care trebuie văzut, disecat şi izolat, este vena axilară.

Fig. 839. — Îndepărtarea caudală a fasciei clavi-pectoro-axilare după secţiunea micului pectoral şi descoperirea venei axilare şi a pediculilor vasculari care se secţionează:
1 — vasele pectorale; *2* — toracica laterală; *3* — ligamentul axilar nedesprins de inserţia lui tegumentară; *4* — fascia clavi-pectoro-axilară reclinată caudal. Pentru claritate, muşchii pectorali nu au fost reprezentaţi în întregime.

Se reperează la vîrful axilei, clavicula şi prima coastă, se diseca vena axilară şi, în spaţiul dintre venă, claviculă şi prima coastă, se caută ganglionul vîrfului axilei (din grupul subclavicular). Dacă este identificat se extirpă separat, examenul lui avînd importanţă în stabilirea prognosticului (prezenţa metastazelor în acest ganglion indică prognostic rezervat) şi a tratamentelor asociate. In aceaşi zonă, la marginea inferioară a venei, pot fi necesare ligatura şi secţiunea arterei şi venei toracice supreme, inconstante, ramură din axilară destinată muşchilor pectorali şi peretelui toracic.

Se continuă disecţia venei în sens lateral şi se descoperă originea vaselor acromiotoracice; în cursul acestei disecţii, intern şi extern de originea trunchiului acromiotoracic, se întîlnesc nervi destinaţi marelui şi micului pectoral care se secţionează. Se identifică vasele pectorale, ramuri ale trunchiului acromiotoracic, care se leagă la origine şi se secţionează. Rareori la nivelul originii trunchiului acromiotoracic se pot găsi ganglioni limfatici care se pot înlătura prin disecţia lor, sau se pot extirpa în bloc cu pedicului vascular. în această ultimă eventualitate, sînt necesare identificarea originii arterei şi venei acromiotoracice, ligatura şi secţiunea lor la origine, ligatura şi secţiunea ramurilor deltoidă, acromială şi claviculară — în acest fel, vasele acromiotoracice şi grupul ganglionar rămîn ataşate prin ramurile pectorale la faţa profundă a muşchilor.

Continuînd disecţia în sens lateral, se întîlnesc ramuri axilare de mai mică importanţă care se secţionează şi, în continuare, se identifică artera şi vena toracică lateral (mamară externă, toracica lungă) care se secţionează între ligaturi.

Distal de artera şi vena toracică laterală, disecţia venei pune în evidenţă, pe un plan mai profund, nervul toracodorsal (destinat muşchiului latissimus) care trebuie păstrat şi vasele subscapulare; acestea se evidenţiază clar, mobili- zînd în sens caudal ţesutul grăsos care le înconjură şi care poate conţine ganglioni. La aproximativ 3—4 cm de originea lor se recunosc artera şi vena toracodorsale, ramuri anterioare ale subscapularelor, care se secţionează între ligaturi, lăsînd ramurile posterioare circumflexe intacte (fig. 840). Capătul distal al vaselor toracodorsale va rămîne reperat pe o pensă, el folosind ulterior la evidarea grupului ganglionar scapular. Unele tehnici recomandă păstrarea vaselor toracodorsale, grupul ganglionar scapular fiind îndepărtat |fără sacrificiul vaselor.

în cursul disecţiei ultimului sector al venei, pe suprafaţa venei, se pot găsi ganglioni limfatici (grupul venei axilare) care vor fi mobilizaţi caudal, spre blocul celulogrăsos şi limfatic al axilei.

Avînd bine identificată extremitatea laterală a mănunchiului vasculoner- vos axilar, se poate acum, cu mai multă siguranţă, completa eliberarea pielii de inserţia ligamentului axilar, dacă aceasta nu a fost făcută anterior. Va apărea deci şi extremitatea superioară a tendonului muşchiului latissimus, la marginea inferioară a venei axilare.

Disecţia se întoarce la vîrful axilei pentru că, în realitate, izolarea venei axilare şi secţiunea ramurilor arteriale şi venoase constituie un timp pregătitor pentru evidarea axilară.

— Se mobilizează la vîrful axilei grăsimea cuprinsă între venă şi peretele toracic — pe peretele toracic se întîlnesc nervul lung toracic (Charles Bell), nervul muşchiului serratus, care trebuie păstraţi. îndepărtarea, în continuare, a blocului grăsos şi ganglionar conduce spre un spaţiu format pe de o parte de peretele toracic şi pe de altă parte de muşchii subscapular, latissimus şi mare rotund, spaţiu care,

cranial este delimitat de vena axilară bine identificată. Ţesutul grăsos va fi îndepărtat progresiv descoperind u-se peretele toracic, faţa postero-inferioară a venei axilare, unde este necesară hemostaza unor mici vene, suprafaţa muşchilor subscapular, mare — rotund şi latissimus şi şanţul dintre peretele toracic şi muşchiul subscapular (fig. 840). în regiunea laterală, evidarea va utiliza ca reper vasele toracodorsale păstrate pe o pensă; cu acest reper, suprafaţa marelui dorsal şi peretele toracic se separă mai uşor de grăsimea care conţine vasele toracodorsale şi grupul ganglionar scapular. Dacă se intenţionează păstrarea vaselor toracodorsale, ele vor fi izolate din grăsimea care conţine ganglionii şi care rămîne ataşată de piesă.

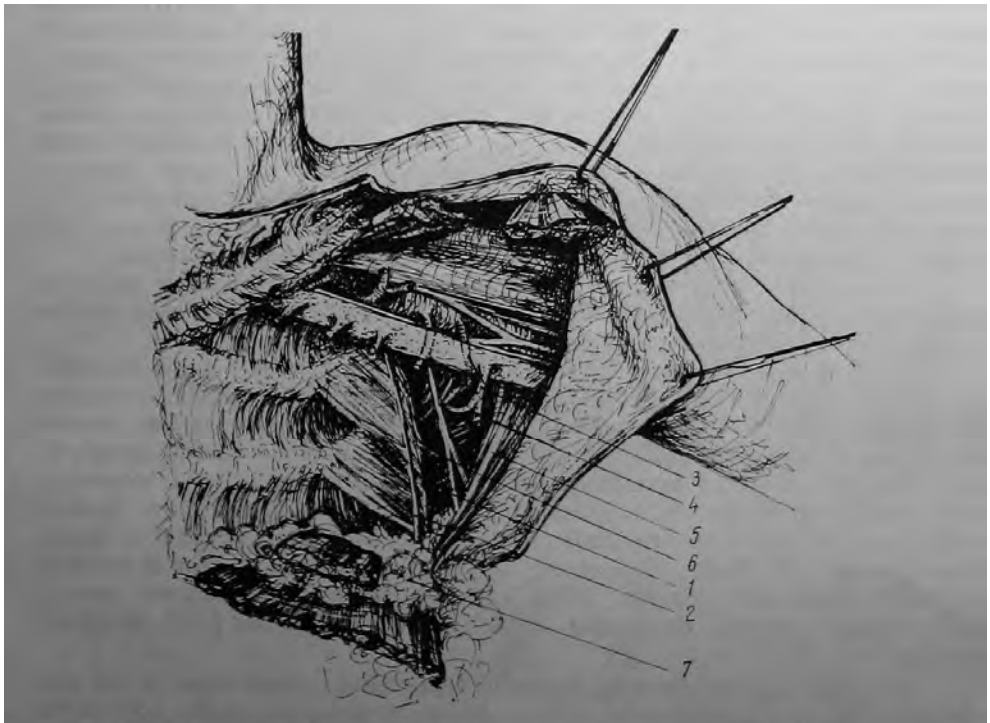


Fig. 840. — Evidarea masei grăsoase şi ganglionare după descoperirea venei şi tratarea pediculilor vasculari:

1, 2 — nervii lung toracic şi toraco-dorsal au fost respectaţi; *3* — vasele subscapulare; *4* — vasele toraco-dorsale secţionate; *5* — muşchii latissimus şi mare rotund; *6* — muşchiul subscapular; *7* — blocul grăsos şi ganglionar rămîne fixat pe faţa profundă a muşchilor pectorali şi pe suprafaţa muşchiului serratus.

Trebuie avut în vedere că nervul toracodorsal trebuie progresiv identificat şi păstrat. Nervul se poate sacrifica, ca dealtfel şi nervul lung toracic, numai dacă este înconjurat de ganglioni cu metastaze.în regiunea inferioară a spaţiului dintre latissimus, subscapular şi peretele toracic, există o reţea venoasă bogată care necesită hemostază îngrijită.

Pentru un examen topografic corect al ganglionilor cu metastaze (vezi pag. 1052) este indicată fixarea unor repere în blocul grăsos şi ganglionar, în zona de la vîrful axilei, de la bază, la venele toracodorsale (fire de aţă — Chiricuţă).

Dezinserţia pectoralilor se va face cu hemostază atentă, vasele pectorale, ramuri ale intercostalelor (perforante), abordîndu-i pe faţa profundă după ce străbat spaţiul intercostal. Pensele de hemostază se aplică pe peretele toracic cu o înclinare oblică, aplicarea lor cu direcţie perpendiculară prezentînd riscul perforaţiei spaţiului intercostal şi al pneumotoraxului. La secţiunea inserţiilor pectoralilor se vor evita leziunile de cartilaje costale care poî fi sursa unor condrite.

Ramurile perforante ale nervilor intercostali care se întîlnesc la evidarea peretelui toracic şi la dezinserţia pectoralilor se secţionează.

Blocul format din ţesutul grăsos şi ganglionii axilari rămîne în segmentul infero-extern al plăgii, aplicat pe peretele toracic format de suprafaţa muşchiului serratus şi el trebuie detaşat de pe suprafaţa muşchiului, rămînînd ataşat de faţa profundă a pectoralilor. Apare acum evident avantajul ce se obţine Ia disecţia laterală a lamboului de piele pînă la marginea muşchiului latissimus şi secţiunea ţesutului subcutanat perpendicular pe peretele toracic la acest nivel, executate la începutul intervenţiei.

Intervenţia, în ansamblu, se desfăşoară cu manevre blînde care evită smulgeri de vase, mai ales a vaselor cu origine în vena şi artera axilară. Ligaturile ramurilor venei axilare se plasează după izolarea corectă, sub originea lor din venă, nu prea aproape de venă pentru a nu îngusta calibrul ei şi nici la distanţă pentru a nu lăsa funduri de sac venoase, surse posibile de tromboză a venei axilare.

Instituirea drenajului (fig. 841) va fi precedată de un control riguros al hemostazei. Drenajul se asigură, de preferinţă, prin două tuburi scoase lateral de extremitatea inferioară a inciziei prin contraincizie; unul cu extremitatea superioară la nivelul bontului marelui pectoral urmăreşte zona de decolare internă şi al doilea cu extremitatea superioară în spaţiul dintre peretele toracic şi subscapular, în vecinătatea venei (dar nu în contact cu ea) urmăreşte zona de decolare externă. Tuburile vor avea multiple orificii, şi în orice caz orificii la punctele declive. Tuburile se montează la aspiraţie continuă care se menţine pînă la reducerea semnificativă a secreţiei.

Sutura tegumentelor cu fire separate va fi întotdeauna în uşoară tensiune, mai ales în zona medie a plăgii, unde s-a excizat suprafaţa tegumentară.

Dacă tensiunea este prea mare şi ameninţă dezunirea sau necroza, se poate recurge la:

a) decolarea mai întinsă a tegumentelor spre linia mediană şi spre suprafaţa externă a muşchiului latissimus; decolarea internă nu trebuie să fie excesivă pentru că mobilizează sînul de partea opusă spre linia mediană;

b) fixarea pielii la spaţiile intercostale pentru a reduce tensiunea în sutură (fig. 842);

c) incizii de detensionare la distanţă de sutură; inciziile apropiate favorizează necroza prin devascularizare (fig. 843);

d) mobilizarea unui lambou cutanat (fig. 844) şi
e) grefe libere de piele (fig. 845).

Alegerea soluţiei depinde de gradul de tensiune. Dacă sutura nu este posibilă sau tensiunea este foarte mare se recurge, de preferinţă, la mobilizarea unui lambou sau la grefă liberă de piele.

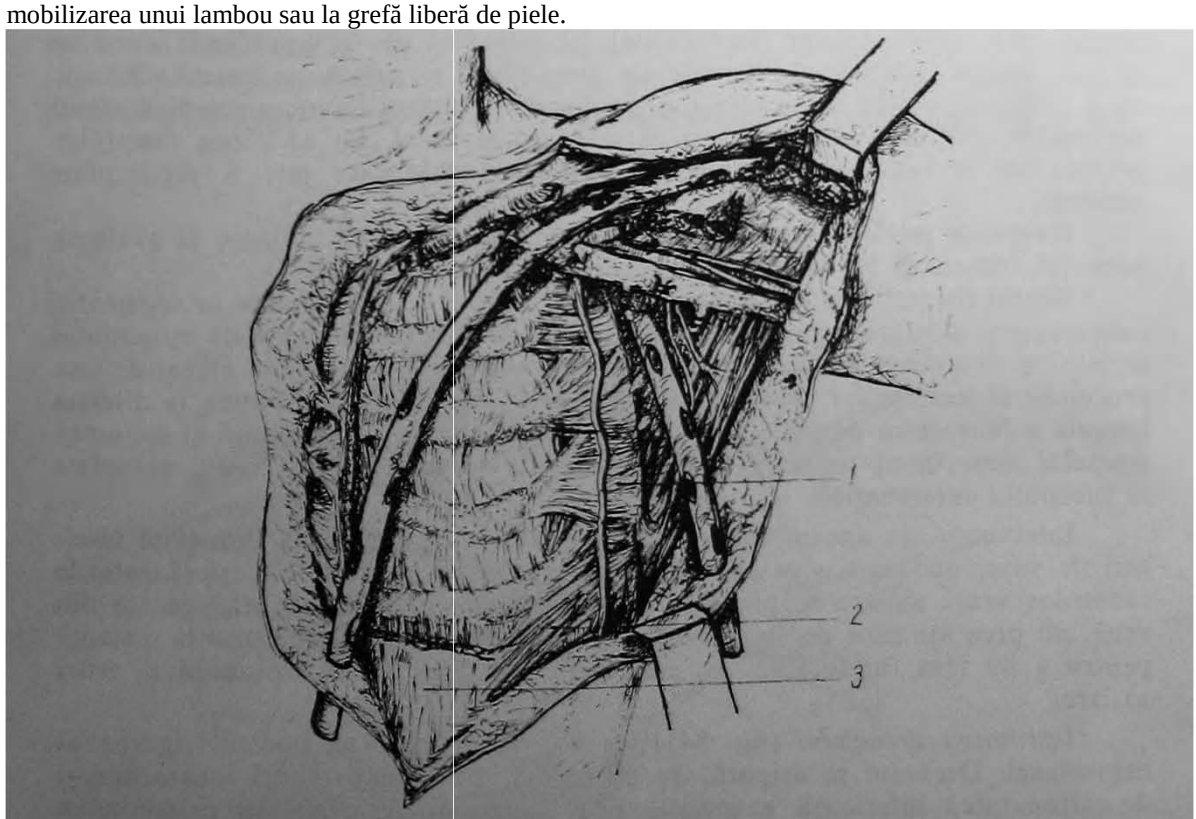


Fig. 841. — Rezultatul evidării axilare şi al rezecţiei muşchilor pectorali; poziţia tuburilor de dren:
1 — muşchiul serratus cu nervul toracic lung; *2* — oblicul extern; *3* — dreptul abdominal.

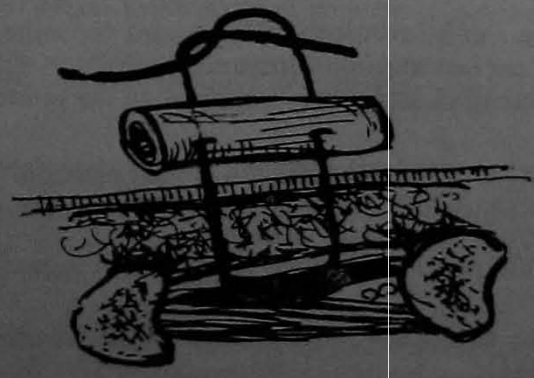


Fig. 842. — Modalitatea de fixare a pielii la muşchii intercostali.

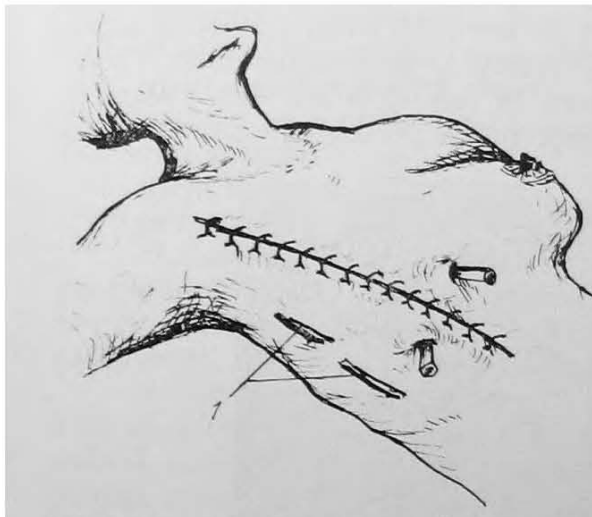


Fig. 843. — Incizii de detensionare a pielii. *1* — inciziile.

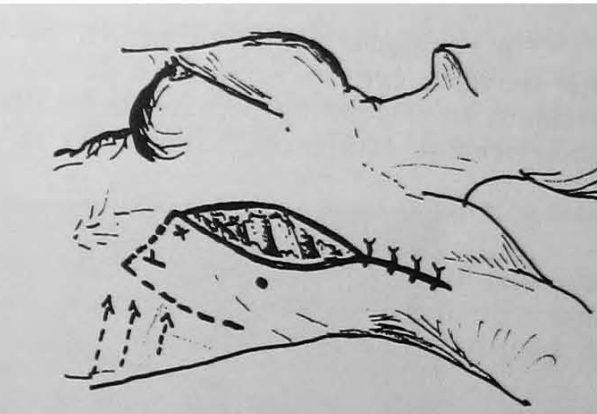


Fig. 844. — Mobilizarea unui lambou cutanat. ▶

Fig. 845. — Grefă liberă de piele.

Un *pansament compresiv* pentru *24*—48 de ore contribuie, alături de aspiraţia activă, la evitarea acumulării de limfă şi secreţii şi previne supuraţia. Compresiunea se exercită cu pernuţe de vată plasate în special în regiunea axilară şi subclaviculară, fără exces, suficient ca să aplice pielea pe peretele toracic. Variante ale inciziei. Incizia descrisă are o serie de dezavantaje: a) posibilitatea de a se complica timpul final dacă tensiunea în sutură este prea mare (mobilizare tegumente, plastie etc.);

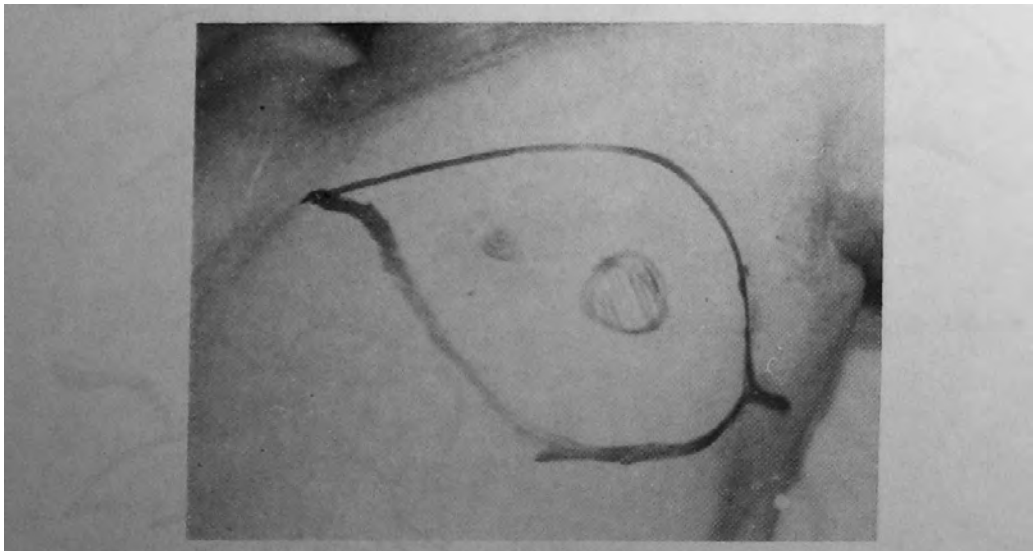


Fig. 846. — Incizia transversală.

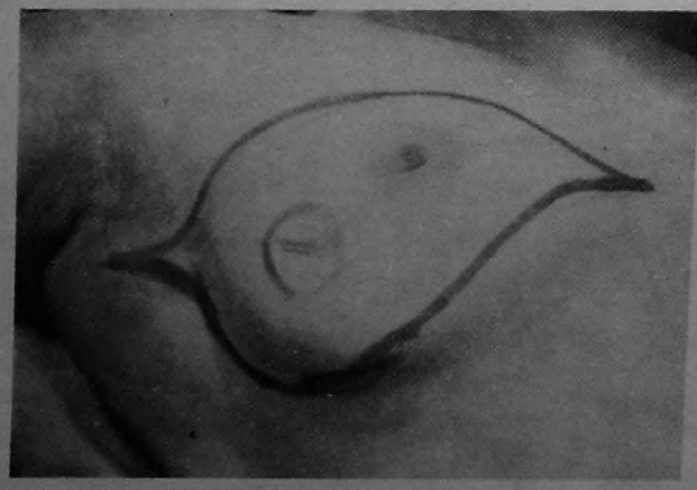


Fig. 847. — Incizia oblică. Extremitatea externă a inciziei se situează mai aproape de axilă, la 3—4 cm de baza axilei.

b) sutura în tensiune cu dezunire întîrzie cicatrizarea, favorizează supuraţia, care se complică eventual cu condrite, osteite, care pot necesita o reintervenţie;

c) în regiunea axilară persistă un spaţiu foarte mare şi tegumentele se aplică cu dificultate pe peretele toracic, spaţiu unde se colectează limfă, colecţii care se pot suprainfecta;

d) în regiunea axilară procesul de cicatrizare poate avea ca rezultat o cicatrice retractilă cu consecinţele: limitarea mişcărilor, dureri, edem;

e) cicatricea de pe peretele toracic, aderentă de grilajul costo-muscular pe suprafaţă mare, poate fi retractilă şi dureroasă. Pentru aceste motive s-au propus alte incizii care să permită efectuarea unei intervenţii cu acelaşi grad de radicalitate, dar cu mai puţine neajunsuri.

Incizia transversală Stewart-Olivier (fig. 846). Extremităţile inciziei, care are axul mare transversal prin centrul mamelei, se plasează la linia mediană şi la linia axilară medie. Circumscrierea tumorii mamelei şi întreaga desfăşurare a intervenţiei este similară cu cea descrisă anterior. Avantajele de a evita tensiunea în sutură şi defectele de acoperire cu tegumente şi de a da o cicatrice mai puţin deformantă, inestetică şi blocul cicatriceal în axilă, sînt în parte limitate de dificultatea de a realiza evidarea axilară, distanţa dintre linia de incizie şi axilă fiind mare.

Pentru a evita neajunsul precedent, Chiricuţă realizează o incizie oblică, capătul lateral al ei situîndu-se la 3—4 cm de baza axilei (fig. 847).

Ambele incizii nu formează cicatrice în axilă.

4. MASTECTOMIA RADICALĂ MODIFICATĂ (PATEY)

Mastectomia radicală modificată, cu păstrarea marelui pectoral (Patey), are ca scop realizarea unei intervenţii radicale cu acelaşi caracter oncologic ca şi intervenţia de tip Halsted, cu excepţia păstrării marelui pectoral, care deşi este străbătut de limfatice nu prezintă niciodată metastaze. Are avantajele:

a) este mai puţin traumatizantă, deci mai acceptabilă pentru bolnave cu risc chirurgical crescut (vîrstă înaintată, boli asociate);

b) este urmată de mai puţine complicaţii imediate sau tardive: cicatrice axilare retractile dureroase, edem al braţului, limitarea mişcărilor membrului superior, cicatrice retractile toracice. în ceea ce priveşte limfedemul, el nu este constant şi total prevenit, unele condiţii ale producerii lui existînd şi după această intervenţie (evidare limfatică axilară);

c) rezultatul estetic este mai bun;

d) dacă este necesară iradierea postoperatorie, ea se face cu mai puţine riscuri pentru plămîn.

Din punct de vedere oncologic s-au făcut rezerve asupra radicalităţii, imputîndu-se intervenţiei dificultatea de a realiza o evidare axilară corectă şi neabordarea ganglionilor interpectorali (vezi variantele). Tehnic, intervenţia este mai pretenţioasă şi ea poate fi abordată cu mai multă uşurinţă de operatorul care are practica intervenţiei de tip Halsted.

Indicaţiile sînt similare cu ale intervenţiei de tip Halsted, cu excepţia cazurilor la care tumoarea invadează muşchiul mare pectoral.

Poziţia bolnavei pe masa de operaţie este în decubit dorsal, cu capul rotat controlateral, cu braţul în antepulsiune 90° în adducţie şi rotaţie internă, cu antebraţul flectat pe braţ şi fixat pe un suport; un sul proiectează moderat umărul şi toracele anterior (fig. 848). La timpul axilar, masa de operaţie poate fi ridicată şi rotată controlateral. Intervenţia se poate desfăşura şi în două poziţii succesive: în poziţia pentru intervenţia de tip Halsted pînă la disecţia axilară şi în poziţia descrisă mai sus, cînd se trece la disecţia axilară. Adoptarea unei alte poziţii, faţă de intervenţia radicală nemodificată, este necesară pentru că în această intervenţie se abordează axila dintr-o direcţie laterală.

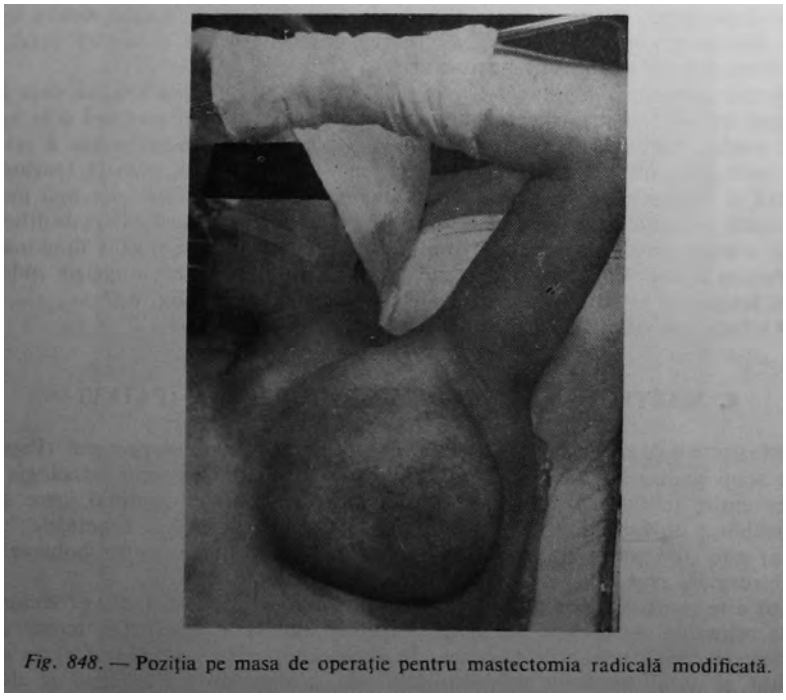


Fig. 848. — Poziţia pe masa de operaţie pentru mastectomia radicală modificată.

Tehnica inciziei pielii şi disecţia lambourilor de piele sînt similare cu tehnica din mastectomia radicală nemodificată.

Deosebirea apare la incizia ţesutului subcutanat, la limita lamboului intern: se incizează începînd de la marginea externă a tendonului marelui pectoral, ţesutul subcutanat şi fascia muşchiului, pe suprafaţa tendonului, cit mai aproape de inserţia lui, pe suprafaţa muşchiului sub claviculă, pe marginea sternului şi apoi spre peretele toracic, spre unghiul inferior al inciziei. Se eliberează toată suprafaţa muşchiului marelui pectoral, îndepărtînd şi fascia muşchiului, pînă la marginea externă a marelui pectoral care trebuie bine pusă în evidenţă pe toată lungimea ei (fig. 849 A, B, C). Glanda, ţesutul subcutanat şi fascia, rămîn ataşate de fascia clavi-pectoro-axilară şi de ţesutul conjunctiv de pe suprafaţa toracelui, lateral de pectoralul mare.

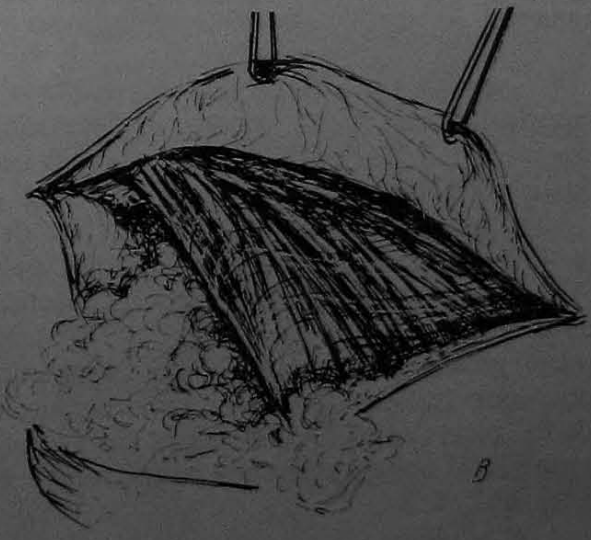


Fig. 849. — A — Decolarea fasciei marelui pectoral. *B* — Decolarea fasciei şi mobilizarea glandei trebuie să evidenţieze în întregime marginea externă a marelui pectoral (schemă).

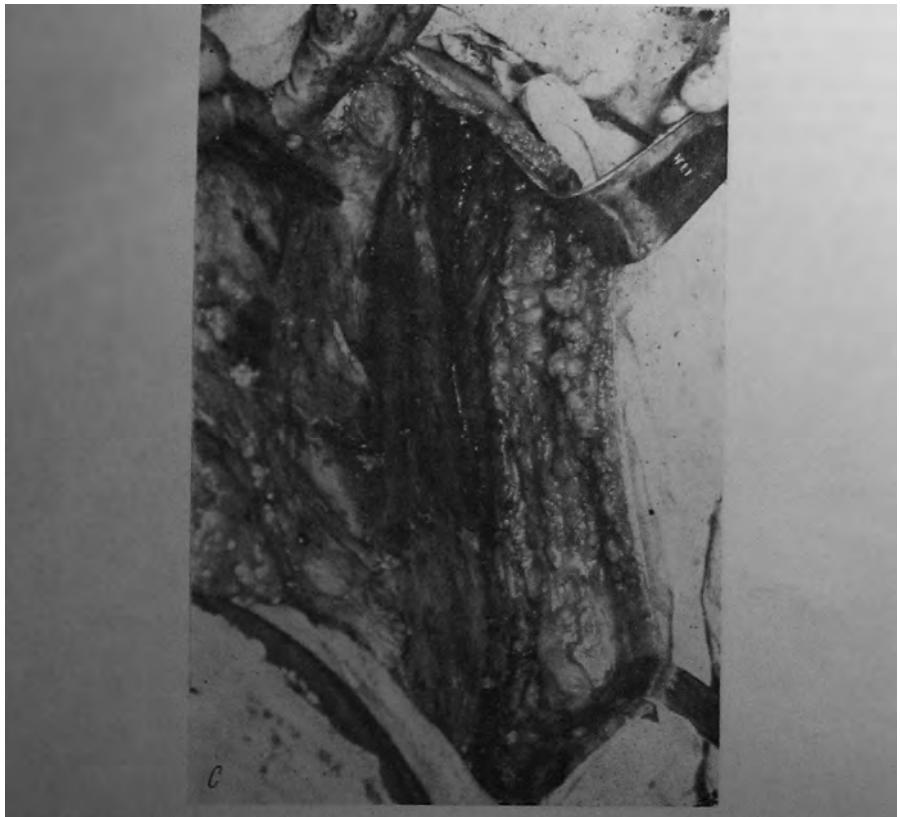


Fig. 849. — C — După decolarea fasciei şi mobilizarea glandei apar marele pectoral şi extern, segmentul extern al fasciei clavi-pectoro-axilare-ligamentul axilar (indicat de pensă).

In regiunea axilară se izolează faţa profundă a tendonului marelui pectoral, separind-o de micul pectoral, secţionînd cîteva elemente vasculo-nervoase destinate micului pectoral. Cu o valvă îngustă se ridică marele pectoral, expunîn- du-se astfel fascia clavi-pectoro-axilară cu micul pectoral; medial de marginea internă a micului pectoral apar, în arc de cerc, vasele şi nervii muşchiului marelui pectoral (fig. 850). Tendonul micului pectoral se secţionează (fig. 851).

Menajînd pedicului marelui pectoral, se procedează la eliberarea mănunchiului vasculo-nervos axilar, Ia disecţia venei axilare şi la evidarea masei de ţesut grăsos şi ganglionar, ca în tehnica Halsted. Pentru mai multă uşurinţă, se poate începe descoperirea elementelor vasculo-nervoase şi izolarea venei de la baza axilei, identificînd progresiv vasele subscapulare, mamara externă etc. spre vîrful axilei, evidarea propriu-zisă efectuîndu-se apoi de la vîrf spre bază (fig. 852, 853).

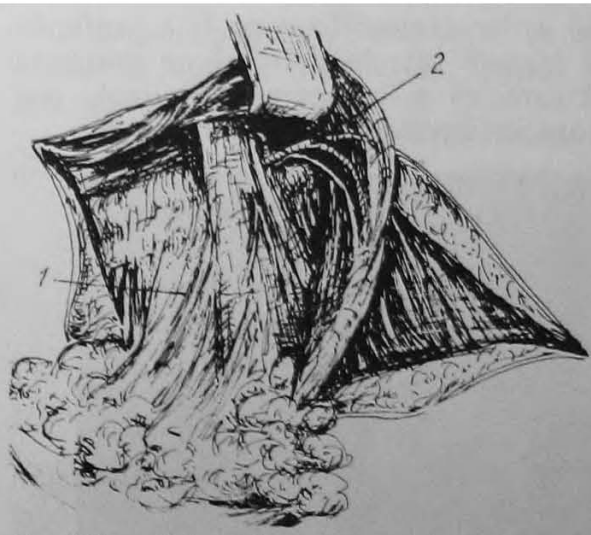


Fig. 850. — Prin ridicarea marelui pectoral apar:

1 — micul pectoral şi fascia clavi-pectorală; *2* — la marginea internă a micului pectoral— vasele pectorale (pedicului marelui pectoral).

Fig. 851. — Izolarea muşchiului mic pectoral pentru a-l secţiona — apare mai evident pedicului marelui pectoral.

Fig. 852. — Vena a fost izolată de la vîrful axilei spre baza axilei — identificarea nervului toraco-dorsal şi a vaselor scapulare.

Blocul grăsos ganglionar din spaţiul axilar rămîne fixat pe faţa profundă a micului pectoral. Ridicînd cu o valvă îngustă marele pectoral, se dezinseră micul pectoral şi îndepărtîndu-se ţesutul care, ca şi la operaţia Halsted, mai fixează întreaga piesă de peretele lateral toracic (serratus), se înlătură piesa.

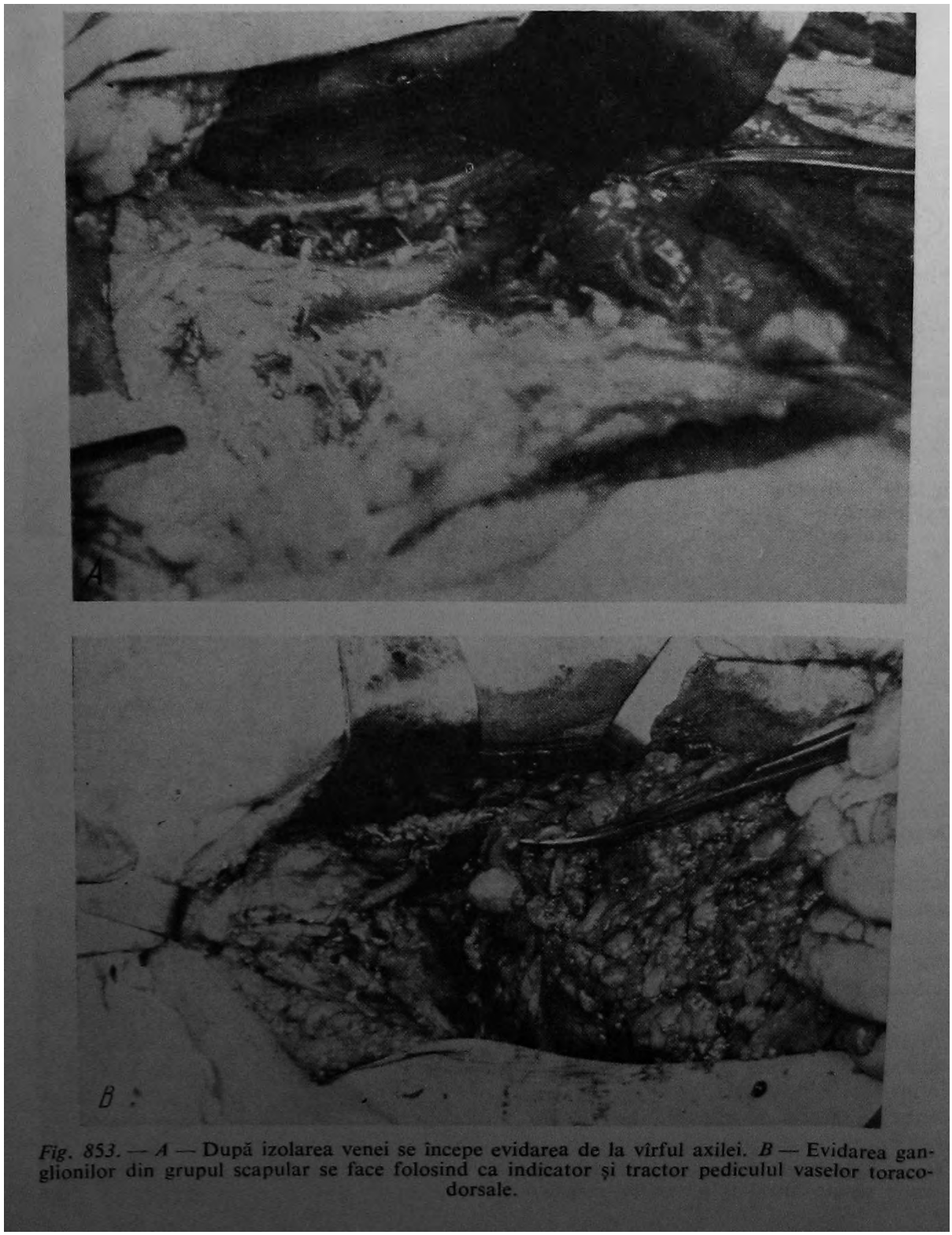


Fig. 853. — A — După izolarea venei se începe evidarea de la vîrful axilei. *B* — Evidarea ganglionilor din grupul scapular se face folosind ca indicator şi tractor pediculul vaselor toracodorsale.

După controlul hemostazei, se instituie *drenajul* cu un tub între tegumente şi muşchi şi unul în spaţiul intertoracoscapular. Aspiraţia continuă este necesară.

Sutura tegumentelor şi rezolvarea insuficienţelor pielii sînt similare cu cele descrise la rezecţia radicală nemodificată. Pansamentul compresiv este util.

VARIANTE

Sînt posibile următoarele:

— Incizia transversală şi mai ales incizia oblică sînt de preferat şi, în acest tip de intervenţie ele sînt mai adecvate decît în rezecţia radicală nemodificată şi pot fi folosite curent.

— Se poate păstra şi micul pectoral *(operaţia de tip Madden)* incizîndu-se numai fascia clavi-pectoro-axilară, disecţia axilei desfăşurîndu-se la început medial de marginea internă a micului pectoral, apoi sub micul pectoral, ridicat cu un depărtător şi ulterior în afara lui; în această situaţie, blocul grăsos ganglionar al axilei se eliberează şi de pe faţa profundă a micului pectoral. Păstrarea micului pectoral ar reduce şi mai mult unele complicaţii tardive, ca cicatricea dureroasă, edem al braţului, dar

îngreunează disecţia axilară şi ea poate rămîne incompletă, ceea ce confirmă şi rezultatele în timp mai puţin favorabile. Pentru a evita neajunsul şi a folosi în acelaşi timp avantajul păstrării micului pectoral, Chiricuţă propune numai secţiunea lui, fără rezecţie, pentru a uşura disecţia axilară.

— Completarea mastectomiei radicale modificate (tip Patey) cu evidarea grupului ganglionar interpectoral este posibilă. Pentru aceasta, marele pectoral fiind ridicat cu o valvă îngustă, se identifică în cursul disecţiei axilare vasele acromio-toracice şi se individualizează şi secţionează între ligaturi ramura sau ramurile marelui pectoral. Folosindu-se capatele distale ale vaselor pectorale reperate pe o pensă, prin tracţiune moderată, se expune pe faţa profundă a muşchiului, întregul pedicul pectoral care abordează muşchiul ramificîndu-se în T (fig. 854 A şi B). Secţionînd vasele la abordul muscular, se extirpă pediculul marelui pectoral cu ganglionii respectivi. Piesa este deci separată de blocul grăsos-ganglionar al axilei şi se examinează microscopic separat.

Prin această completare, muşchiul se devascularizează şi se denervează parţial, ceea ce poate avea repercursiuni asupra mobilităţii membrului superior şi uneori se atrofiază compromiţînd şi rezultatul estetic. Al. Trestioreanu rezolvă evidarea grupului interpectoral păstrînd pediculul prin disociaţia fibrelor marelui pectoral la nivelul pedicululuí (fig. 855), abordarea lui pe faţa profundă a marelui pectoral şi evidarea lui de ţesutul grăsos care conţine ganglioni, fără a sacrifica elementele vasculo-nervoase*.

5. MASTECTOMIA RADICALĂ CU HIMERIZAREA MUŞCHILOR PECTORALI

Mastectomia cu himenzarea muşchilor pectorali, propusă de I. Chiricuţă, are meritul de a nu face concesii radicalităţii (spre deosebire de tehnica Patey îndepărtează şi grupul ganglionar interpectoral) şi păstrează şi un « ecran muscular» ale cărui avantaje sînt similare cu ale păstrării marelui pectoral. Incizia oblică, extirparea glandei, a ţesutului grăsos periglandular şi a fasciei marelui pectoral se desfăşoară ca în tehnica Patey. Tcndonul marelui pectoral se secţionează ca în tehnica Halsted. După secţionarea tendonului marelui pectoral se expune faţa lui profundă şi se extirpă pediculul marelui pectoral şi deci grupul ganglionar interpectoral (fig. 856).

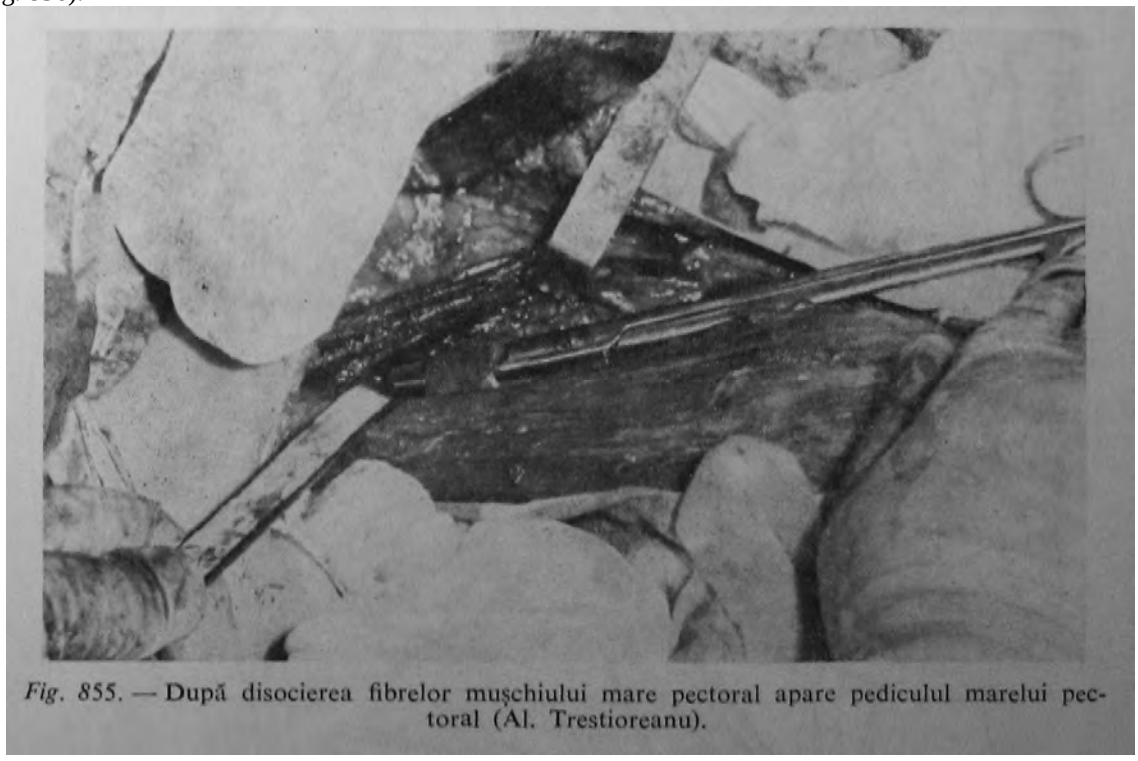


Fig. 855. — După disocierea fibrelor muşchiului mare pectoral apare pediculul marelui pectoral (Al. Trestioreanu).

Muşchiul mic pectoral se dezinseră de pe coaste şi se răstoarnă avînd ca pivot inser(ia coracoidă; pe faţa lui profundă apare pediculul lui vasculo- nervos (fig. 857). înainte şi după secţiunea muşchiului se îndepărtează planurile fasciale ale fasciei clavipectoroaxilare care învelesc micul pectoral anterior şi posterior. Izolarea venei şi evidarea ganglionară se desfăşoară ca în celelalte rezecţii radicale (Halsted, Patey) axila fiind larg deschisă prin reclinarea ambilor muşchi pectorali—este însă obligatorie păstrarea pediculului vascular şi a nervilor micului pectoral (fig. 858).

Micul pectoral (cu pediculul păstrat) şi marele pectoral (cu inervaţie şi vascularizaţia din perforante şi eventual cu nervul din plexul brahial păstrat — fig. 859) se suturează între ele creînd ecranul muscular B

Drenajul se asigură printr-o incizie în care se fixează trei tuburi scurte care au rolul de a menţine incizia larg deschisă (fig. 860).

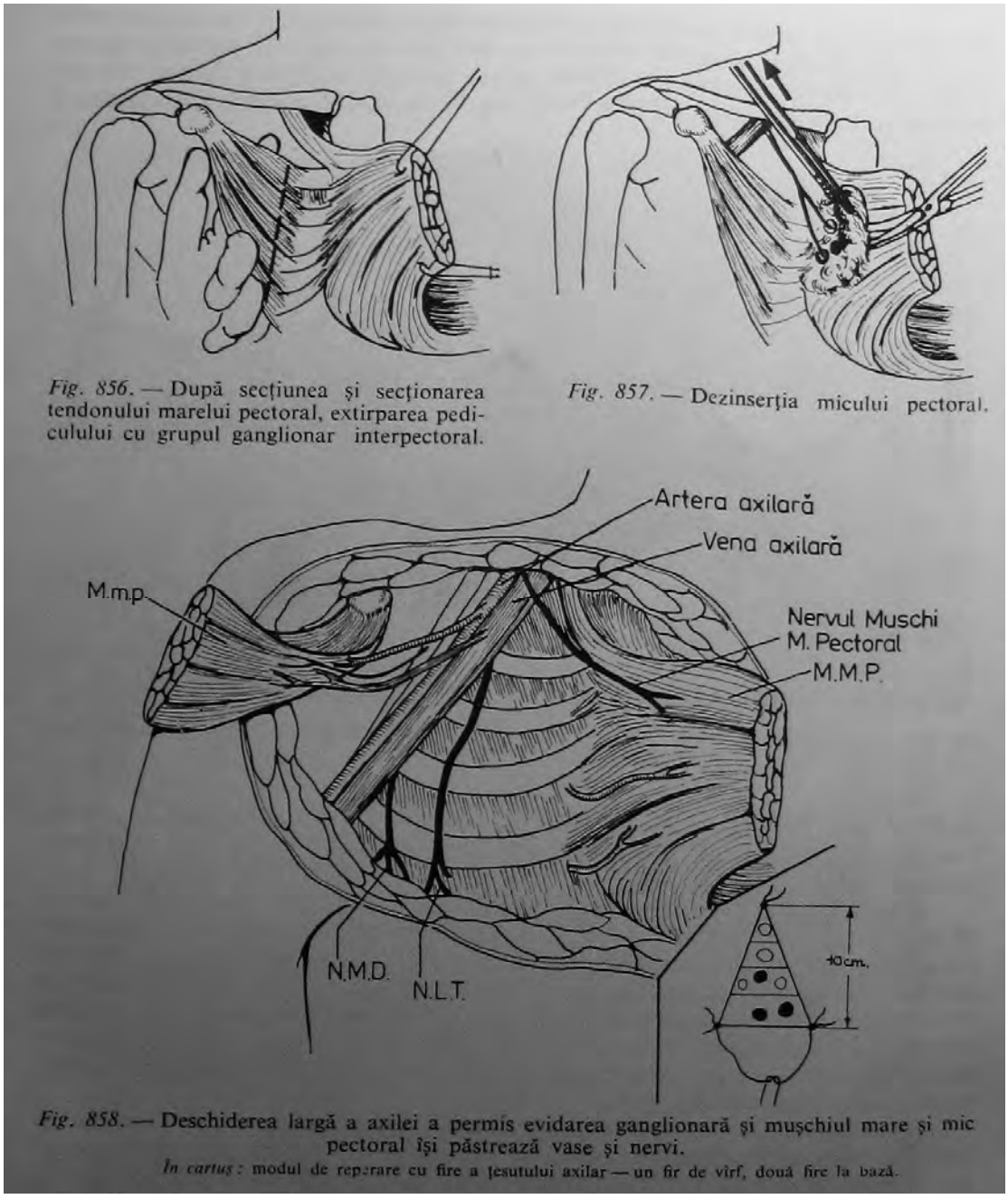


Fig. 856. — După secţiunea şi secţionarea tendonului marelui pectoral, extirparea pedicului cu grupul ganglionar interpectoral.

Fig. 857. — Dezinserţia micului pectoral.

Fig. 858. — Deschiderea largă a axilei a permis evidarea ganglionară şi muşchiul mare şi mic pectoral îşi păstrează vase şi nervi.

În cartuş: modul de reperare cu fire a ţesutului axilar — un fir de vîrf, două fire la bază.

6. « TUMORECTOMIA» CU EVIDARE GANGLIONARĂ AXILARĂ

Este o intervenţie ce se situează din punct de vedere oncologic între intervenţia radicală şi intervenţiile conservatoare. Ea se compune dintr-o rezecţie sectorială pentru îndepărtarea tumorii («tumorectomia»), deci intervenţie conservatoare pentru sîn, şi din evidarea ganglionară axilară efectuată printr-o incizie axilară independentă cu scop curativ şi de stabilire corectă a stadiului.

Ea impune terapia iradiantă pentru aspectul multifocal al neoplasmului şi reţeaua limfatică restantă. Este o metodă terapeutică de luat în considerare cel mult la bolnave cu neoplasm în stadiul I, care nu acceptă sacrificarea sînului pentru că «tumorectomia» nu poate fi considerată ca o intervenţie ce se încadrează în principiile radicalităţii.

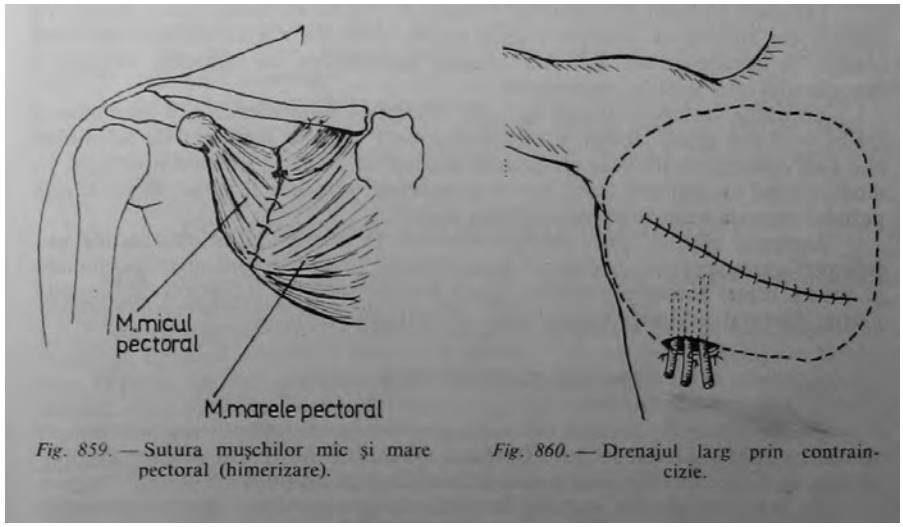


Fig. 859. — Sutura muşchilor mic şi mare pectoral (himerizare).

Fig. 860. — Drenajul larg prin contraincizie.

7. INTERVENŢII SUPRARADICALE

Au fost numite supraradicale, intervenţiile care depăşesc limitele intervenţiei de tip Halsted.

— Intervenţia radicală plus evidarea ganglionilor mamari interni prin rezecţia cartilajelor costale.

— Intervenţia radicală -f rezecţia parţială a peretelui anterior toracic — rezecţia cartilajeilor costale, extremităţii anterioare a coastelor şi a pleurei şi evidarea lanţului ganglionar mamar intern (Urban).

— Intervenţie radicală -}- evidarea grupului ganglionar supraclavicular (prin mobilizarea claviculei) şi evidarea grupului ganglionar mamar intern.

Intervenţiile supraradicale nu au dat rezultate globale superioare intervenţiilor radicale şi, avînd în vedere rezultatul cosmetic deplorabil şi frecvenţa unor complicaţii postoperatorii, ele au fost în mare parte abandonate; unii autori menţin indicaţia evidării ganglionilor mamari interni pentru cazurile cu risc oncologic crescut: tumori centrale, interne sau cu metastaze multiple în ganlionii axilari, deci tumori la care procentul de metastaze în ganglionii mamari interni este crescut.

F. ACCIDENTE INTRAOPERATORII. ÎNGRIJIRI SI COMPLICAŢII POSTOPERATORII

ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Sînt extrem de rare şi se reduc la leziuni neuro-vasculare şi ale pleurei, specifice intervenţiilor radicale.

Leziunile plexului brahial şi ale ramurilor, practic nu trebue citate pentru că disecţia nu trebuie să intereseze trunchiurile nervoase; leziunile nervilor lung toracic şi toraco-dorsal nu sînt urmate întotdeauna de atitudine vicioasă a omoplatului sau sechele respiratorii.

Leziunile vasculare directe sau prin smulgerea unor ramuri din implantarea lor în venă sau arteră obligă la sutură vasculară şi nu la ligatură; ele se produc mai ales cînd există un bloc ganglionar aderent la vase. în asemenea situaţie, în mod cu totul excepţional, dacă blocul ganglionar nu poate fi izolat de venă, este permisă rezecţia unui segment din vena axilară.

Leziunile pleurei, prin disecţia neatentă în aria spaţiilor intercostale sau prin perforarea spaţiului cu o pensă de hemostază, impun expansiunea pulmonară şi sutura breşei musculo-pleurale; dacă aceasta nu se realizează în condiţii ideale, drenajul aspirativ pleural este obligatoriu.

ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Pentru rezecţiile limitate (extirparea unei tumori, rezecţii segmentare) nu sînt necesare îngrijiri particulare. Drenajul se suprimă la *24*—48 de ore, iar firele se scot H 5—6 zile. Nu este necesară imobilizarea braţului.

în rezecţiile glandei mamare în totalitate (mastectomia, mastectomia subcutanată) un drenaj aspirativ nu este obligatoriu, dar este util în primele 48—72 ore. Nu este necesară imobilizarea braţului. Antibioterapia preventivă este indicată numai după mastectomiile efectuate pentru tumori ulcerate şi infectate.

Pentru rezecţiile radicale este mai util drenajul aspirativ pînă Ia reducerea secreţiei. După 24 ore se suprimă bandajul imobilizator al braţului şi bolnava este obligată să facă mişcări active din articulaţia scapulo-humerală, urmărind o mişcare corectă de abducţie (corectînd tendinţa bolnavelor de a face mişcări din articulaţia cotului, mişcări cu mobilizarea scapulei sau mişcări din articulaţia scapulo-humerală de flexie şi extensie). Imobilizarea sau mobilizarea incorectă din articulaţia scapulo-humerală este urmată de redoarea articulaţiei şi cicatrice vicioasă în regiunea axilară.

COMPLICAŢII POSTOPERATORII IMEDIATE

Hematomul, posibil în rezecţii indiferent de amploarea lor, este consecinţa unui defect de hemostază şi favorizează supuraţia I dacă este important trebuie evacuat chirurgical.

Colecţia limfatică din regiunea axilară, care apare după rezecţiile radicale, poate fi tratată prin puncţie evacuatoare sau drenaj, evitîndu-se cu rigurozitate suprainfecţia.

Supuraţia (celulite, limfangite, colecţii) este în mod deosebit agravantă pentru procesul de cicatrizare din rezecţiile radicale, favorizînd dezunirea suturilor, cicatrizările vicioase, edemul braţului, algiile şi limitarea mişcărilor. Este preferabil un drenaj larg, chiar dacă dezunirea suturilor va necesita o intervenţie plastică, în supuraţiile importante care se complică cu condrită sau osteite, este necesar tratamentul chirurgical particular acestor complicaţii (rezecţii).

Dezunirea suturilor, secundară tensiunii în sutură şi necrozei tegumentelor, posibilă în rezecţiile radicale, necesită intervenţie plastică secundară, dacă suprafaţa neacoperită de piele este mare, după apariţia procesului de granulare şi după aseptizare. Radionecroza trebuie deosebită de o dezunire de sutură pentru că necesită tratament adecvat.

Tromboflebita postoperatorie precoce a venei axilare apare rar cu simptomatologie evacuatoare şi mai des este decelată ulterior prin sechele; se tratează ca orice tromboflebită şi nu sînt rezerve faţă de terapia anticoagulantă sau fibrinolitică.

COMPLICAŢIILE POSTOPERATORII TARDIVE

Apar după intervenţii radicale şi mai ales după mastectomia radicală nemodificată executată prin incizia verticală.

Cicatrizarea vicioasă în regiunea axilară este urmată de limitarea mişcărilor, dureri şi edem al braţului; intervenţii plastice pot rezolva defectul de cicatrizare. O parte din algii se explică şi printr-o cicatrice sclerozantă la nivelul plexului brahial, produsă de o disecţie insistentă la nivelul trunchiurilor nervoase. Cicatri- cile vicioase, retractile, de Ia nivelul peretelui toracic, au drept consecinţe limitarea mişcărilor respiratorii, dureri (uneori confundate cu durerile date de metastazele costale), edeme ale zonei cicatriceale toracice care se complică uneori cu celulite şi limfangite.

« Braţul gros» este complicaţia cea mai redutabilă prin frecvenţă (10—15%), infirmitate şi complicaţii secundare. Un oarecare grad de edem, care se reduce ulterior, apare obişnuit după rezecţiile radicale. Edemul important, uneori monstruos, persistent sau chiar evolutiv, agravat de căldură şi efort, poate avea drept cauze: tromboflebita axilară, blocajul limfatic, cicatricea axilară stenozantă, recidiva neoplazică axilară sau supraclaviculară (cu invadarea venei). Factorii cauzali se pot asocia. La bolnavele care au fost supuse terapiei iradiante, este greu de apreciat responsabilitatea individuală a actului chirurgical sau a iradierii (obstrucţie limfatică, obstrucţie venoasă, scleroză cicatriceală) în etiopatogenia edemului.

Diagnosticul cauzei nu este întotdeauna uşor şi presupune o analiză clinică retrospectivă a perioadei postoperatorii (supuraţii, limforee), un examen clinic (recidiva axilară, adenopatie supraclaviculară), o analiză a evoluţiei clinice a edemului şi unele investigaţii (flebografie, limfografie).

— Edemul limfatic este cel mai frecvent şi complicaţiile lui sînt de asemenea frecvente: incapacitatea funcţională a membrului superior, celulite şi limfangite recidivante care agravează edemul şi rareori limfangiosarcomul Stewart şi Treves.

în funcţie de cauza şi gradul edemului se instituie şi tratamentul care presupune o atitudine în recidive (reintervenţie, iradiere, terapie complexă) sau în cica- trizări vicioase stenozante (intervenţii plastice) şi altă atitudine în limfedem. Fiind cel mai frecvent, trebuie amintit că tratamentul limfedemului implică tratament postural (repaus cu membrul superior în poziţie de drenaj faţă de planul corpului), compresiv (bandaj elastic compresiv de la extremitatea braţului spre axilă, masaj pneumatic), medical (hialuronidază, diuretice, cortizon, alfachimotripsină). Ineficacitatea tratamentului nesîngerînd indică tratamentul chirurgical: drenaj cu material inert de la braţ în regiunea toracică, intervenţii plastice de drenaj cu marele epiploon mobilizat (Chiricuţă), sau cu mobilizarea tegumentelor din regiunea braţului la peretele toracic sau rezecţia ţesutului subcutanat şi a fasciilor musculare. în perioadele de complicaţii septice sînt indicate antibioterapia şi terapia antiinflamatorie nespecifică.

G. TRATAMENTUL NEOPLASMULUI DE SÎN ÎN RAPORT CU PERIOADELE FIZIOLOGICE ALE FEMEII*

Perioada premenopauzală sau postmenopauzală nu modifică atitudinea terapeutică, exceptînd indicaţiile castrării.

Carcinomul de sîn fiind hormono-dependent, castrarea a fost propusă: a) sistematic cu rol «profilactic» în formele curative; b) numai în formele cu risc mare prin stadiu avansat (stadii avansate loco-regionale sau cu metastaze, neoplasmul cu evoluţie rapidă, mastita carcinomatoasă acută); c) la apariţia metastazelor viscerale sau osoase şi a recidivelor.

Datele obiective nu sînt suficient de convingătoare pentru castrarea sistematică în perioada premenopauzală, mai ales în formele incipiente (stadiu I. TI. NO. MO.) şi nici pentru o opţiune categorică în favoarea castrării radiologice sau chirurgicale. în orice caz, în aceste forme curabile, la femei tinere, se va ţine seama şi de dorinţa procreerii ulterioare (vezi mai jos). în grupele b. şi c., castrarea este indicată la bolnavele în perioada premenopauzală şi menopauzală şi chiar în perioada postmenopauzală, dacă investigaţii de laborator indică o activitate estrogenică.

Castrarea se înglobează în terapia hormonală şi nu exclude alte mijloace de tratament hormonal.

Tratamentul hormonal în general, este indicat numai în carcinomul mamar.

SARCINA ŞI PERIOADA DE ALĂPTARE

Sarcina şi perioada de alăptare, fiind perioade de mare activitate hormonală (în perioada de sarcină se însumează şi activitatea hormonală a placentei), sînt considerate ca factori de agravare a evoluţiei neoplasmului de sîn. Neoplasmul de sîn (carcinomul) neavînd influenţă asupra produsului de concepţie în ceea ce priveşte dezvoltarea intrauterină şi posibilitatea de metastazare, sau în evoluţia postnatală, atitudinea se stabileşte în funcţie de două elemente:

a) Influenţa produsului de concepţie asupra evoluţiei neoplasmului mamei. Influenţa este nefavorabilă, agravantă, mai ales în primele luni ale sarcinii dar există şi rezerve asupra acestui punct de vedere; în ultimele luni — în ultimul trimestru — influenţa nefavorabilă este în general acceptată. Evoluţia gravă a neoplasmelor de sîn în aceste condiţii s-ar putea însă explica şi prin depistarea întotdeauna mai tardivă a neoplasmului în general, în stadii cu metastaze în ganglionii axilari, semnele precoce ale tumorii fiind mascate, întîrziate şi interpretate de către bolnavă sau medic, ca semne ale modificării sînului în sarcină. Un alt punct de vedere consideră că sarcina agravează în special evoluţia neoplasmelor cu metastaze în ganglionii axilari. in acelaşi timp, nu există o opinie unanimă în ceea ce priveşte efectul favorabil al întreruperii sarcinii şi a fost enunţată şi opinia că brusca modificare a condiţiilor hormonale produse de întreruperea sarcinii ar putea fi nefavorabilă pentru evoluţia neoplasmului.

b) Influenţa terapiei asupra produsului de concepţie. Riscurile avortului sau riscurile unor determinări patologice la produsul de concepţie, provocat de actul anestezico-chirurgical, sînt minime în condiţii adecvate de anestezie, intervenţie chirurgicală şi îngrijiri postoperatorii, dar nu pot fi total excluse, mai ales în ceea ce priveşte efectul drogurilor anestezice asupra produsului de concepţie în primele trei luni. In schimb, terapia iradiantă şi chimioterapia prezintă riscuri pentru produsul de concepţie, iar tehnici speciale de iradiere pentru asemenea situaţii nu au încă o suficientă verificare.

In funcţie de aceşti doi factori s-ar putea schematiza atitudinea terapeutică a neoplasmului de sîn, depistat în sarcină sau în perioada de lactaţie, în felul următor:

a) neoplasmul de sîn depistat în primele trei luni ale sarcinii:

— se recomandă întreruperea sarcinii şi tratament instituit conform stadiului. In stadiul actual al cunoştinţelor, medicul nu îşi poate asuma responsabilitatea indicaţiei de a se păstra sarcina;

— dacă întreruperea nu este acceptată şi neoplasmul este în stadiul I se recomandă intervenţia radicală, dacă este acceptat riscul avortului postoperator sau riscul influenţei nefavorabile anestezico-chirurgicale asupra produsului de concepţie;

—-dacă neoplasmul este în stadiul II, sau într-un stadiu mai avansat şi necesită tratament complex şi întreruperea nu este acceptată, se poate recurge la tratamentul chirurgical, dacă este indicat şi dacă riscul lui este acceptat, urmînd ca tratamentul să se completeze după naştere.

b) în neoplasmul de sîn depistat în ultimele luni:

— în stadiul în care tratamentul chirurgical este suficient, se intervine dacă se acceptă riscul;

— în stadiile în care este necesar tratamentul complex, se aşteaptă naşterea şi eventual se recurge la provocarea ei precoce.

c) în perioada de lactaţie este recomandată întreruperea lactaţiei şi tratamentul neoplasmului în raport cu stadiul, deşi s-a enunţat şi opinia că lactaţia trebuie întreţinută.

în ceea ce priveşte castrarea, este indicată în formele acute şi stadiile avansate, după întreruperea sarcinii sau după naştere; în stadiul I, la femei tinere, care au eventual dorinţa de a mai procreea, nu este indicată.

PROCREAREA LA FEMEI TINERE CU NEOPLASM MAMAR TRATAT

La femei cu stadii incipiente (TI. NO. MO.) este acceptată după trei—cinci ani de la tratament (pentru depăşirea perioadei medii de maximă apariţie a recidivelor locale şi metastazelor). Nu este acceptată la bolnave care au fost tratate pentru neoplasme în stadii avansate sau cu semne de recidive locale sau de metastaze, pentru că sarcina agravează evoluţia lor.

[1] Chistul Iuteinic menstrual este hemoragie şi din această cauză fu lai progeste- ronică este suprimată.

[1] Cercetări experimentale pe coarnele uterului de căţea făcute împreună cu Gh. Teodoru (1956) demonstrează că fragmente de vase conservate (vene şi artere), grefate pe tutore de acrilat moale, îşi păstrează permeabilitatea şi lumenul acestora se acoperă cu epiteliu uterin.

3. PROCEDEE CHIRURGICALE DE STERILIZARE

Majoritatea acestor procedee constau din legarea şi secţionarea trompelor. De multe ori aceste mici intervenţii pe trompe sînt un timp complementar al altor operaţii (la sfîrşitul cezarienei la cardiopate sau după a treia cezariană).

1. TRANSPLANTAREA ŢESUTURILOR

TRANSPLANTAREA CUTANATĂ

Transplantarea cutanată poate cuprinde unul sau două elemente ale tegumentelor :

— epidermul, stratul superficial pe cale de keratinizare, aşezat pe o bazală germinativă (epidermul nu are vase);

— dermul, format din ţesut conjunctiv, ale cărui fascicule sînt orientate în diverse sensuri.

[1] Este bine ca bolnava să fie prevenită dinainte că fragmentul grefat poate deveni chistic (uneori Sn reprize, cu perioade de accentuare şi reducere) şi mai mult sau mai puţin sensibil (după sediul implantării), ca să accepte sau nu grefa, în cunoştinţă de cauză.

I Termenul de neocolpopoieză este specific creării unui vagin artificial în cazurile de absenţă congenitală I el se include în sfera mai vastă de intervenţii desemnate sub numele de colpoplastii, sferă în care sînt cuprinse şi alte operaţii plastice pe vagin (vezi colporafia anterioară, colpope rineorafia posterioară, cura chirurgicală a diafragmelor sau septurilor transversale vaginale etc.).

[1] Cu tiUu de exemplu citäm doar plicatura sutxervico-uretraiă prin fire separate. In X_t tn U, sau înfunda re In bursă, pentru cura incontinentei de urină şi menţinerea divertico- lului vezical redus, care este atribuită lui H. Kelly In America, lui Marion In Franţa, iar In alte părţi lui Gersuny, lui Sänger, lui Bonney şi, sigur şi altora.

i Miorafia ridicătorilor anali statuată de Proust şi Duva! avea două exagerări clasice: disecţia întinsă a muşchilor (chiar N. Gheorghiu cu mulţi ani în urmă arăta că disecţia pe feţele lor externe nu este necesară) şi apropierea celor doi muşchi prin feţele lor interne; s-a văzut însă demult că nu este nevoie, mai ales la femeia tînără, să încerci a «întrece natura».